



## **Instroom jongeren van 12-27 jaar in VG7**

Inzicht in cijfers, kenmerken,  
verklaringen en oplossingen



Colofon

**Opdrachtgever**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Langdurige Zorg

**Auteurs**

Patrick Jansen

Lieset Jenneboer

Janet van den Boer

Moniek Kamphuis

**Kenmerk**

LJ/25/0969/ivg7

**Publicatiedatum**

16 juni 2025

© Bureau HHM

## Inhoud

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Samenvatting</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>1. Aanleiding en onderzoeksvragen</b> .....                     | <b>7</b>  |
| 1.1 Aanleiding.....  | 7         |
| 1.2 Onderzoeksvragen .....   | 8         |
| <b>2. Aanpak</b> .....   | <b>9</b>  |
| 2.1 Onderzoeksstappen.....   | 9         |
| 2.2 Begeleidingscommissie .....                                    | 10        |
| <b>3. Kenmerken (instroom) doelgroep en duiding</b> .....          | <b>11</b> |
| 3.1 Doelgroep.....   | 11        |
| 3.2 Instroom Wlz.....  | 13        |
| 3.3 Situatie voorafgaand aan de Wlz-indicatie.....                 | 16        |
| 3.4 Wat opvalt .....   | 19        |
| <b>4. Bepalende factoren vanuit levensreizen</b> .....             | <b>20</b> |
| 4.1 Aanpak ophalen levensreizen.....                               | 20        |
| 4.2 Gedetailleerde uitwerking levensreizen .....                   | 21        |
| 4.3 Bepalende omstandigheden en gebeurtenissen levensreizen .....  | 21        |
| 4.4 Overstijgend beeld levensreizen .....                          | 22        |
| <b>5. Bepalende factoren vanuit ervaringen professionals</b> ..... | <b>25</b> |
| 5.1 Aanpak gesprekken professionals .....                          | 25        |
| 5.2 Beschrijving doelgroep volgens professionals .....             | 25        |
| 5.3 Ondersteuning ouders volgens professionals.....                | 26        |
| 5.4 Context volgens professionals.....                             | 28        |
| 5.5 Wet- en regelgeving volgens professionals.....                 | 30        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>6. Oplossingen</b> .....   | <b>32</b> |
| 6.1 Aanpak oplossingen.....   | 32        |
| 6.2 Randvoorwaarde .....  | 34        |
| 6.3 Drie cruciale oplossingsrichtingen .....                              | 36        |
| Bijlage 1. Toelichting en uitwerking ecologisch model levensreizen .....  | 44        |
| Bijlage 2. Uitwerking ecologisch model interviews met professionals ..... | 50        |
| Bijlage 3. Deelnemers reflectiesessies .....                              | 54        |
| Bijlage 4. Mogelijke oplossingen ter voorkoming van zorgverzwaring.....   | 55        |

# Samenvatting

## Aanleiding

In de [Factsheet Ontwikkeling Meerzorgkosten 2019-2021](#) van Zorginstituut Nederland en de NZa viel de groep jongeren (12-27 jaar) op die met een VG7-indicatie de Wlz instroomt. De partijen betrokken bij de [Toekomstagenda 'Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking'](#), waaronder Ieder(in) en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, hadden daarom behoefte aan meer inzicht in de kenmerken en afgelegde reis in zorg- en ondersteuning van deze jongeren. Daarnaast zijn ze op zoek naar handvatten die daaruit volgen om onnodige verzwaren van de zorgvraag te voorkomen; al zullen er altijd mensen zijn die, ongeacht wat in hun levensreis is gebeurd, deze zware zorg (VG7) nodig hebben.

Het team Gehandicaptenzorg van de VWS-Directie Langdurige Zorg (VWS-DLZ) heeft daarom bureau HMM gevraagd de instroom van deze groep jongeren in de Wlz te onderzoeken.

## Doelgroep

Dit onderzoek richt zich op jongeren (12-27 jaar) die direct met een VG7-indicatie de Wlz instromen (dus zonder eerdere Wlz-indicatie). Hieronder verstaan we óók jongeren die direct met een VG6-indicatie de Wlz instromen en waarbij deze binnen één jaar is omgezet naar VG7.<sup>1</sup> Waar in deze rapportage *doelgroep* staat, gaat het over deze groep jongeren. Bij jongeren met een VG7-indicatie is sprake van een verstandelijke beperking (VB), onbegrepen gedrag en een zeer intensieve zorgvraag.

## Aanpak

Allereerst hebben we de kenmerken van de doelgroep met behulp van CBS-data in beeld gebracht. Vervolgens hebben we het verhaal achter de cijfers opgehaald. Hiervoor hebben we in gesprek met ouders en zorgprofessionals individuele levensverhalen opgehaald van jongeren in de doelgroep en hebben we diverse gesprekken gevoerd met professionals betrokken bij de doelgroep. De verzamelde informatie hebben we vervolgens gebundeld en geanalyseerd, en de bevindingen hebben we besproken tijdens twee reflectiesessies met landelijke partijen, professionals en vertegenwoordigers van de doelgroep. Tijdens deze sessies hebben we oplossingsrichtingen geformuleerd en geprioriteerd op basis van de impact en de haalbaarheid. Voor reflectie op de aanpak en resultaten hebben we een begeleidingscommissie betrokken bij het onderzoek welke bestond uit vertegenwoordigers van landelijke partijen betrokken bij de doelgroep.

## Resultaten

### Kenmerken instroom doelgroep

Tussen 2016 en 2022 zijn 430 personen binnen de doelgroep ingestroomd. Van deze personen zijn er 340 (79%) direct met een VG7 indicatie ingestroomd en 90 (21%) direct met een VG6-indicatie de Wlz ingestroomd, waarbij deze indicatie binnen één jaar is omgezet naar een VG7-indicatie. De instroom van de doelgroep (430 personen) bedraagt 6% van de totale VG7-instroom in deze periode (7.070 personen) en 15% van de totale VG7-instroom van jongeren tussen de 12-27 jaar (2.785 personen).

<sup>1</sup> Verschillende partijen gaven aan dat de groep jongeren die met een VG6-indicatie de Wlz instroomt én binnen een jaar doorstroomt naar VG7 gelijk is aan de groep jongeren die direct met een VG7-indicatie de Wlz instroomt; Het verschil zit hem onder andere in de beeldvorming en context die voor de VG6-groep aanvankelijk nog niet voldoende op orde is om een VG7-indicatie te krijgen.

Binnen de doelgroep ontvingen 55 personen (13%) tussen 2016 en 2022 Meerzorg binnen één jaar na het ontvangen van de VG7-indicatie. Dit is in vergelijking met de totale VG7-groep in verhouding iets lager, daarvan ontving 18% binnen een jaar Meerzorg. De doelgroep lijkt dus niet oorzaak te zijn van de stijging in Meerzorg dat in de gehandicaptenzorg is te zien. Welke doelgroep wel voor de stijging in Meerzorg zorgt is op basis van dit onderzoek niet te bepalen.

De gegevens laten over de periode van 2016-2022 een stabiel beeld zien van de kenmerken van de onderzoeksgroep, ondanks de invloed van COVID-19 tijdens deze periode.

### **Bepalende factoren uit levensreizen**

De opgehaalde levensreizen van de jongeren zijn heel divers, maar tonen ook veel gelijkenissen. Zo is bij meerdere jongeren sprake van een stoornis of aangeboren afwijking, woonden de meeste jongeren eerst thuis bij hun biologische ouders in een stabiele thuissituatie, gaat het in alle gevallen om complexe situaties, en is het in alle gevallen een zoektocht geweest om de juiste zorg- en ondersteuning te vinden.

In de levensreizen zien we een groot aantal uiteenlopende factoren terug die in interactie met elkaar hebben bijgedragen aan (verzwaring van) de zorg- en ondersteuningsvraag van de jongeren. Hierbij gaat het altijd om combinaties van factoren, waarbij het niet mogelijk is om per individu aan te geven welke factor in welke mate aan de problematiek heeft bijgedragen. In totaal gaat het om ongeveer 60 geïdentificeerde factoren verdeeld over alle systeemplagen van het ecologische model van Vanessa Olivier-Pijpers: factoren die bij de jongere zelf liggen, bij het contact met de directe omgeving, bij de directe omgeving onderling, bij de betrokken organisaties,

en bij de samenleving als geheel. Deze variëren van de aanwezigheid van stoornissen en aangeboren afwijkingen tot discontinuïteit van zorgverleners, en van een tekort aan woonplekken voor mensen met een gedragsmatige en zorgintensieve ondersteuningsbehoefte tot te veel prikkels bij regulier onderwijs, speciaal onderwijs en daginvulling.

Uit de levensreizen zijn relatief meer factoren naar voren gekomen uit de systeemplagen die dicht bij de jongere zelf liggen dan uit de systeemplagen die verder weg van de jongeren liggen.

### **Bepalende factoren vanuit ervaringen professionals**

Uit de ervaringen van de professionals volgt, in lijn met het beeld vanuit de levensreizen, dat de oorsprong van de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de doelgroep vaak ligt bij de aanwezigheid van een syndroom, een disharmonisch profiel (= een significant verschil tussen de verbale intelligentie (het denken in woorden) en de performale intelligentie (het oplossen van problemen en praktisch denken)) en een opstapeling van factoren (bijvoorbeeld geen (goede) diagnose of trauma). Hierbij benadrukten de professionals dat het van belang is dat er bij deze doelgroep aandacht is voor sociale emotionele ontwikkeling en fysieke beweging.

Ook gaven de professionals aan dat er aandacht moet zijn voor het systemisch perspectief, de jongere in relatie tot zijn/haar leefwereld. Belangrijk daarbij is dat ook aandacht is voor het gezinssysteem, de ouders en het gezin. De situatie van de (opgroeiende) jongere uit de doelgroep vraagt veel van ouders en ouders hebben daarom ondersteuning nodig: bij het wegwijs maken in het zorgstelsel, bij het organiseren van zorg en ondersteuning, en om hen te ontlasten. Vormen van ondersteuning zijn

respijtzorg en cliëntondersteuning, maar deze zijn vaak nog onvoldoende bekend en beschikbaar.

Verder gaven de professionals aan dat de context (omgeving) een aspect is dat veel invloed heeft op de zorg en ondersteuningsvraag van jongeren. De context is veelomvattend, aandachtspunten die zij hierbij gaven zijn de houding en expertise van professionals die niet altijd passend zijn (bijvoorbeeld door discontinuïteit van personeel), het aanbod voor zorg- en ondersteuning dat niet altijd beschikbaar en/of passend is, de vaak tekortschietende afstemming tussen zorg en ondersteuning, ouders en onderwijs.

Daarnaast werd uit de ervaringen van de professionals duidelijk dat de wet- en regelgeving - en hoe deze wordt uitgevoerd - allerlei factoren met zich meebrengt die van invloed zijn op de wijze waarop (passende) zorg en ondersteuning kan worden geboden. Het gaat voornamelijk om de essentie van de Jeugdwet en de Wlz, en de overgang hiertussen (zoals beschreven in paragraaf 5.5). Bovendien worden er verschillen gezien tussen gemeenten in hoe uitvoering wordt gegeven aan de Jeugdwet en hoe goed dat aansluit bij de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de (opgroeïende) jongeren uit de doelgroep.

Uit de gesprekken met de professionals volgden ongeveer 40 factoren die hebben bijgedragen aan (verzwaring van) de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de jongeren. Hierbij zijn, anders dan bij de factoren die uit de levensreizen volgden, relatief meer factoren naar voren gekomen uit de systeemlagen die verder weg van de jongeren liggen. Dit komt door het verschil in perspectief met de levensreizen, en laat zien dat de levensreizen en de gesprekken met professionals aanvullend zijn geweest op elkaar.

LJ/25/0969/ivg7

## Oplossingen

De opgehaalde factoren vanuit de interviews en levensreizen zijn tijdens een reflectiesessie voorgelegd aan vertegenwoordigers van landelijke partijen, professionals en vertegenwoordigers van de doelgroep. Tijdens de reflectiesessie hebben we besproken voor welke factoren oplossingen te bedenken zijn om verzwaring van de zorg- en ondersteuningsvraag te voorkomen. Op basis van de input hebben we 18 mogelijke oplossingen beschreven, waarna we middels een vragenlijst tot een prioritering van zes oplossingen zijn gekomen. Na een tweede reflectiebijeenkomst hebben we dit samengevoegd tot drie cruciale oplossingsrichtingen. Dit zijn:

- *Vroegtijdig signaleren* door meer in te zetten op Integrale Vroeghulp en Verklarende analyse.
- *De juiste context bieden* door kennisvergroting bij professionals via een goed werkende kennisinfrastructuur, uitbreiding van aanbod op het gebied van sociaal emotionele ontwikkeling binnen de Jeugdzorg, uitbreiding van woonplekken voor deze specifieke groep jongeren, verduidelijking van de Wlz-toegangscriteria en versoepeling van de overgang van de Jeugdwet tot de Wlz.
- *Het systeem van de jongere ondersteunen* door informele hulp vanuit de maatschappij te stimuleren, de bekendheid van cliëntondersteuning te vergroten en meer passende logeerplekken, dagbestedingsplekken en BSO voor deze doelgroep te creëren.

Om te zorgen dat deze drie oplossingsrichtingen daadwerkelijk effect gaan hebben is het een voorwaarde dat er *regie wordt gevoerd op de zorg- en ondersteuningsvraag*. Betrokken partijen dienen gezamenlijk afspraken te maken over een integraal plan voor de jongere. En als blijkt dat het niet lukt om een passende integrale aanpak te realiseren is het nodig dat een casusregisseur (op cliëntniveau) en procesregisseur (op organisatieniveau)

worden aangewezen. Het resultaat van goede regievoering is dat alle betrokkenen goed gaan samenwerken. En goede samenwerking op zowel casusniveau als organisatieniveau is essentieel om tot passende zorg te kunnen komen voor de doelgroep van dit onderzoek. De factsheet hieronder geeft een samenvattend overzicht van alle oplossingen.

## Voorkomen zorgverzwaring opgroeiende jongeren VG7

### Drie cruciale oplossingsrichtingen, met aan de basis regievoering

#### Regievoering



#### Vroegtijdig signaleren

Zorg voor tijdige signalering van zorg- en ondersteuningsbehoeften bij opgroeiende jongeren



#### Het systeem van de jongere ondersteunen

Creëer meer mogelijkheden voor en faciliteer ouders bij hun ondersteunings- of maatwerkbehoefte



#### De juiste context bieden

Zorg dat jongeren zo min mogelijk verhuizen, door de context aan te passen aan de behoeften van de jongere



# 1. Aanleiding en onderzoeksvragen

In dit rapport presenteren we de resultaten van het onderzoek naar de instroom in VG7 van jongeren tussen de 12 en 27 jaar. Om de relevantie van dit onderzoek aan te geven, beschrijven we in dit hoofdstuk eerst de aanleiding van het onderzoek.

## 1.1 Aanleiding

Het aantal Meerzorg-aanvragen in de gehandicaptenzorg stijgt, zoals te zien is in de [Factsheet Ontwikkeling Meerzorgkosten 2019-2021](#). Daarin valt op dat er een groep jongeren (12-27 jaar) is die vanuit de Jeugdwet óf Wmo óf zonder zorggeschiedenis met een zware zorg- en ondersteuningsvraag (VG7) de Wlz instroomt. Er is op landelijk niveau een beperkt beeld van deze groep jongeren. Als meer inzicht wordt verkregen in de factoren die een rol spelen bij de instroom in de Wlz kan dat mogelijk handvatten bieden om (on)nodige verzwaring van de zorg- en ondersteuningsvraag te voorkomen.

De partijen betrokken bij de Toekomstagenda 'Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking', waaronder Ieder(in) en het ministerie van VWS, hadden daarom behoefte aan meer inzicht in de kenmerken en afgelegde reis in zorg- en ondersteuning (voorafgaand aan, ten tijde van en na Wlz-indicatie) van jongeren die met een VG7 de Wlz instromen.

Onder **jongeren die met een VG7-indicatie de Wlz instromen** verstaan we in dit onderzoek:

- jongeren (12-27 jaar) die direct met een VG7-indicatie de Wlz instromen, én
- jongeren (12-27 jaar) die direct met een VG6-indicatie de Wlz instromen die binnen één jaar is omgezet naar VG7<sup>2</sup>

*Een subgroep hierbinnen zijn jongeren die binnen één jaar na het ontvangen van de VG7-indicatie Meerzorg ontvangen.*

<sup>2</sup> Verschillende partijen gaven aan dat de groep jongeren die met een VG6-indicatie de Wlz instroomt én binnen een jaar doorstroomt naar VG7 gelijk is aan de groep jongeren die direct met een VG7-indicatie de Wlz instroomt; Het verschil zit hem onder andere in de beeldvorming en context die voor de VG6-groep aanvankelijk nog niet voldoende op orde is om een VG7-indicatie te krijgen.

Het team Gehandicaptenzorg van de VWS-Directie Langdurige Zorg (VWS-DLZ) heeft bureau HMM daarom gevraagd de instroom van deze groep jongeren te onderzoeken door:

- de kenmerken van de betreffende groep jongeren te bestuderen aan de hand van CBS-data die voor dit onderzoek zijn opgevraagd,
- een verdiepingsslag te maken op het onderzoek naar de levensreizen van deze groep jongeren dat bureau HMM in opdracht van VWS in 2023 heeft uitgevoerd.

## 1.2 Onderzoeksvragen

Voor dit onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

### 1. Duiding kenmerken (van de instroom) van de groep

a. Wat kenmerkt (de instroom van) de betreffende groep jongeren?

*Met betrekking tot de instroom in de Wlz:*

- Hoe ziet de *trend* in het aantal aanvragen in deze doelgroep er uit?
- Hoe vaak is een Wlz aanvraag *afgewezen* voordat een VG7 indicatie is toegewezen?
- Welke *zorgprofielen* zijn daarbij aangevraagd?
- Op welke *leeftijd* is de Wlz indicatie aangevraagd en op welke leeftijd is deze toegewezen?

*Met betrekking tot de situatie voorafgaand aan de Wlz-indicatie:*

- Welke *mate van verstandelijke beperking* hebben deze jongeren?
- Uit welke *gezinssamenstelling* stromen deze jongeren de Wlz in?
- Uit welke *woonsetting* stromen deze jongeren in?
- Uit welk *domein* stromen deze jongeren de Wlz in?
- Hoe is de *verdeling* van deze groep *over Nederland*?

b. Wat valt op aan de kenmerken van de groep?

- Welke *trends* zijn te ontdekken?
- Welke *conclusies* zijn hier aan te verbinden?

### 2. Afgelegde reis van jongeren en naasten voorafgaand aan de Wlz-indicatie en daarna

a. Welke reis hebben jongeren met een beperking en hun naasten afgelegd voor het ontvangen van een VG7-indicatie (+Meerzorg)?

- Van welke *school- en werksituaties* was sprake?
- Welke *zorg- en ondersteuningstrajecten* zijn afgelegd?
- Indien van toepassing: Waarom was de Wlz indicatie *eerder afgewezen*? Is de zorgvraag na de afwijzing sterk veranderd?
- Van welke *woonsituatie* was sprake, en was deze stabiel?
- Welke momenten ziet de omgeving als *cruciale momenten* waarna de zorg- en ondersteuningsbehoeften (on)nodig verzwaarde?
- Op welke manier is het netwerk/zijn naasten ondersteund? Hebben *naasten ondersteuning* gehad om zelf in balans te blijven?
- Wat gebeurt in de levensreis *na afgifte van Wlz VG7 en Meerzorg*? Is in de loop van de tijd sprake van een veranderende zorg- en ondersteuningsvraag na het ontvangen van de Wlz-indicatie VG7? Zo ja, wat is hiervoor de verklaring?

### 3. Verklaring van de veronderstelde groei in de groep jongeren en oplossingsrichtingen

a. Wat zijn plausibele *verklaringen voor de veronderstelde groei* van de groep?

b. Welke *oplossingen* kunnen er aan bijdragen dat het complexer worden van de (zorg- en ondersteunings)vraag mogelijk kan worden voorkomen?

## 2. Aanpak

We beantwoorden de onderzoeksvragen aan de hand van vier stappen en hebben voor dit onderzoek een begeleidingscommissie ingesteld. Deze stappen en de rol en samenstelling van de begeleidingscommissie lichten we in dit hoofdstuk kort toe. In de volgende hoofdstukken hebben we waar relevant de aanpak uitgebreider beschreven.



Figuur 1. Plan van aanpak

### 2.1 Onderzoeksstappen

De vier onderzoeksstappen zijn weergegeven in figuur 1.

**Stap 1:** Allereerst hebben we de kenmerken van de doelgroep (met behulp van CBS-data) in beeld gebracht en hebben we hier (samen met de begeleidingscommissie) een eerste duiding aan gegeven.

→ Hiermee geven we antwoord op de onderzoeksvragen behorende bij '1. Duiding kenmerken (van de instroom) van de groep.

**Stap 2 & 3:** Om de bevindingen verder te duiden hebben we vervolgens het verhaal achter de cijfers opgehaald. Hiervoor zijn we in gesprek gegaan met professionals (stap 2) en hebben we individuele levensverhalen opgehaald van de jongeren die de Wlz zijn ingestroomd met een VG7-indicatie of met een VG6-indicatie die binnen een jaar is omgezet naar VG7 (stap 3).

→ Hiermee geven we antwoord op de onderzoeksvragen behorende bij '2. Afgelegde reis van jongeren en naasten voorafgaand aan de Wlz-indicatie en daarna'.

**Stap 4:** De verzamelde informatie hebben we gebundeld en geanalyseerd. Met de begeleidingscommissie, professionals en vertegenwoordigers van jongeren met een VG7-indicatie hebben we de bevindingen besproken tijdens twee reflectiesessies. Hier hebben we oplossingsrichtingen geformuleerd en geprioriteerd op basis van het beoordelen van de impact en de haalbaarheid.

→ Hiermee geven we antwoord op de onderzoeksvragen behorende bij '3. Verklaring van de veronderstelde groei in de groep jongeren en oplossingsrichtingen.

## 2.2 Begeleidingscommissie

Met een begeleidingscommissie hebben we gereflecteerd op de aanpak en resultaten. Ook heeft de begeleidingscommissie In deze begeleidingscommissie waren, naast het ministerie van VWS, de volgende partijen vertegenwoordigd: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Ieder(in), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) Zorginstituut Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Ondersteuningsteam Zorg voor Jeugd (OZJ).

## 3. Kenmerken (instroom) doelgroep en duiding

In dit hoofdstuk beschrijven en duiden we de kenmerken (van de instroom) van de doelgroep en hoe deze zich ontwikkeld hebben over de tijd. Dit doen we aan de hand van de bevindingen van onderzoekstap 1 waarin we data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) hebben geanalyseerd. Enkele trends die uit deze data naar voren komen hebben we getoetst tijdens gesprekken met professionals, ook deze bevindingen zijn in dit hoofdstuk verwerkt.

### 3.1 Doelgroep

Met behulp van data van het CBS hebben we onderzoek gedaan naar de trends in ontwikkelingen bij de doelgroep:

- jongeren (12-27 jaar) die direct met een VG7-indicatie de Wlz instromen, én
- jongeren (12-27 jaar) die direct met een VG6-indicatie de Wlz instromen die binnen één jaar is omgezet naar VG7.

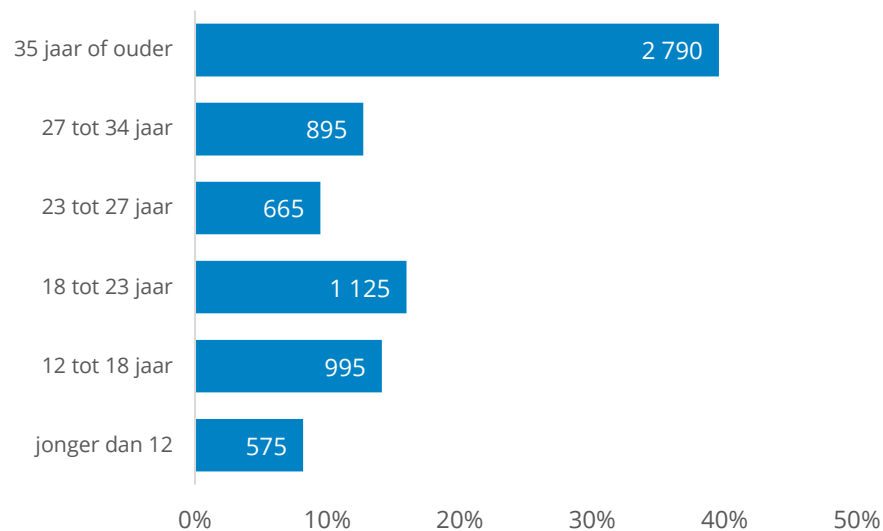
Waar in deze rapportage *doelgroep* staat, gaat het over deze groep jongeren.

Tussen 2016 en 2022 zijn in totaal 430 personen binnen deze doelgroep ingestroomd. Dit is 6% van de totale VG7-instroom in deze periode (7.070 personen) en 15% van de totale VG7-instroom van jongeren tussen de 12-27 jaar (2.785 personen). De beschreven doelgroep is dus een klein deel van de instroom van de totale VG7 groep, en de leeftijdsgroep 12-27 jaar daarbinnen.

Van de 430 personen die binnen deze doelgroep zijn ingestroomd, zijn er 340 (79%) direct met een VG7 indicatie ingestroomd en 90 (21%) direct met een VG6-indicatie de Wlz ingestroomd, waarbij deze indicatie binnen één jaar is omgezet naar een VG7-indicatie.

Het totaal aantal personen met een VG7-indicatie is tussen 2016 en 2022 met 31% toegenomen (van 13.225 tot 17.285). Het totaal aantal personen tussen de 12-27 jaar met een VG7-indicatie (ongeacht eventuele eerdere indicatie) is in deze periode minder toegenomen, namelijk met 18% (van 3.100 naar 3.650). Daarmee is de bijdrage van deze leeftijdsgroep aan de stijging van het aantal mensen met een VG7-indicatie relatief beperkt.

In figuur 2 staat de instroom van alle leeftijdsgroepen tussen 2016 en 2022 weergegeven. Als je de totale instroom van de leeftijdsgroep 12 tot 27 jaar bij elkaar optelt, is dit gemiddeld 40% van de totale instroom in VG7 (dit is dus een grotere groep dan de beschreven doelgroep). Bij de leeftijdsgroep 35 jaar of ouder was dit gemiddeld ook 40%. Daarnaast is er gemiddeld 13% ingestroomd tussen de 27 en 34 jaar, en 8% was jonger dan 12 jaar.



Figuur 2. Totale instroom per leeftijdsgroep in VG7 tussen 2016 en 2022

In tabel 1 staat de instroom per leeftijdscategorie per jaar weergegeven, met daarbij behorende groeipercentages ten opzichte van het jaar ervoor. In de tabel is te zien dat bij de meeste leeftijdscategorieën een afname is geweest in de instroom, maar dit fluctueert per leeftijdscategorie en per jaar. Deze verschillen worden met name veroorzaakt door kleine aantallen. Doordat CBS afrondt op 5-tallen, kan dit groot effect hebben op de percentages.

LJ/25/0969/ivg7

Tabel 1. Instroom per leeftijdscategorie in VG7 met groeipercentages ten opzichte van het jaar ervoor

| Leeftijdscategorie      | 2016 | 2017 | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  | 2022 |
|-------------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|------|
| <b>35 jaar of ouder</b> | 335  | 390  | 440   | 425   | 390   | 420   | 390  |
|                         |      | +16% | +13%  | -3%   | -8%   | +8%   | -7%  |
| <b>27 tot 34 jaar</b>   | 120  | 120  | 115   | 130   | 145   | 140   | 125  |
|                         |      | 0%   | -4%   | +13%  | +12%  | -3%   | -11% |
| <b>23 tot 27 jaar</b>   | 95   | 90   | 100   | 90    | 110   | 80    | 100  |
|                         |      | -5%  | +11%  | -10%  | +22%  | -27%  | +25% |
| <b>18 tot 23 jaar</b>   | 175  | 150  | 165   | 180   | 180   | 140   | 135  |
|                         |      | -14% | +10%  | +9%   | 0%    | -22%  | -4%  |
| <b>12 tot 18 jaar</b>   | 135  | 150  | 165   | 155   | 135   | 145   | 110  |
|                         |      | +11% | +10%  | -6%   | -13%  | +7%   | -24% |
| <b>jonger dan 12</b>    | 60   | 80   | 70    | 90    | 85    | 100   | 90   |
|                         |      | +33% | -13%  | +29%  | -6%   | +18%  | -10% |
| <b>Totaal</b>           | 920  | 980  | 1 055 | 1 070 | 1 045 | 1 025 | 950  |
|                         |      | +7%  | +8%   | +1%   | -2%   | -2%   | -7%  |

Een subgroep binnen de doelgroep zijn jongeren die binnen één jaar na het ontvangen van de VG7-indicatie Meerzorg ontvangen. Tussen 2016 en 2022 waren dit 55 personen, dit is 13% van de doelgroep. Dit is in vergelijking met de totale VG7-groep in verhouding iets lager, daar ontving

Instroom jongeren van 12-27 jaar in VG7 | © bureau HHM 2025 | 12

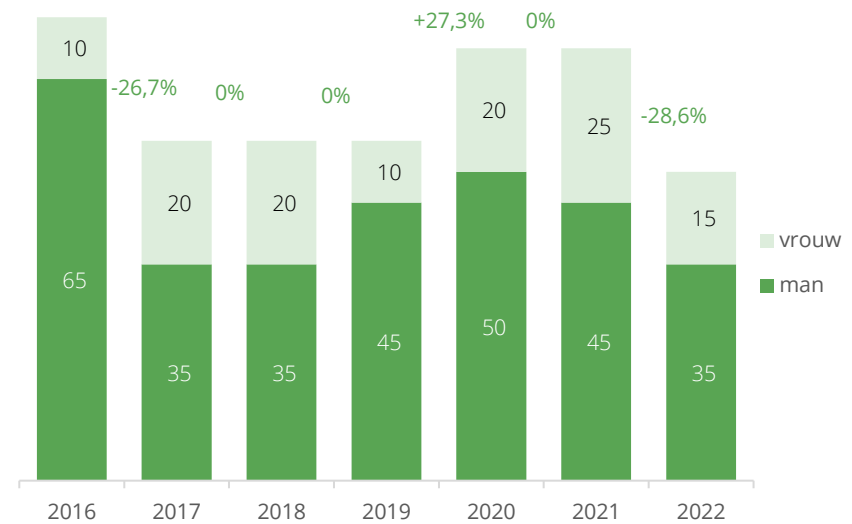
18% binnen een jaar Meezorg. In de [Factsheet Ontwikkeling Meezorgskosten 2019-2021](#) staat dat de grootste groep met Meezorg mensen zijn die intramuraal wonen met een VG7. Daarnaast blijkt uit deze factsheet dat het aandeel dat binnen een jaar Meezorg krijgt toegekend het grootst is bij de groep die voorafgaand aan de VG7-indicatie geen andere Wlz-indicatie had. Deze groep is echter niet geheel te vergelijken met de doelgroep van het onderzoek waarbij wij ons alleen richten op de leeftijdsgroep 12 tot 27 jaar.

### 3.2 Instroom Wlz

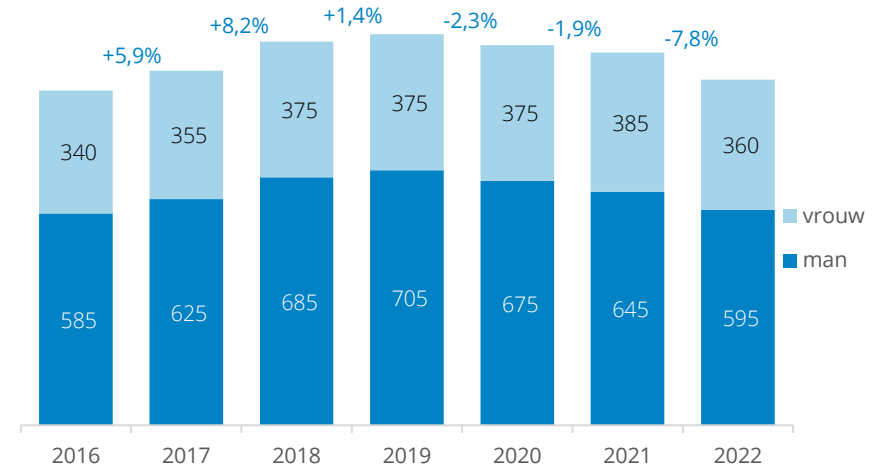
Aan de hand van de vragen over de instroom in de Wlz geven we hieronder een beschrijving en duiding van de CBS-cijfers.

#### Hoe ziet de **trend** in het aantal aanvragen in deze doelgroep er uit?

We zien in figuur 3 dat de instroom van de doelgroep tussen 2016 en 2020 fluctueert tussen de 75 en 50 per jaar. Bij de totale instroom in VG7 zien we minder fluctuatie (figuur 4), daar is een toename van de instroom te zien tussen 2016 en 2019, en daarna een afname. Een mogelijke verklaring voor het verschil tussen figuur 3 en figuur 4 is het verschil in de omvang van de groepen die het betreft. Figuur 3 betreft slechts tientallen mensen en daar is daarom ook meer fluctuatie te verwachten dan in figuur 4 welke enkele honderden mensen betreft.



Figuur 3. VG7-Instroom van mannen en vrouwen in de doelgroep tussen 2016-2022

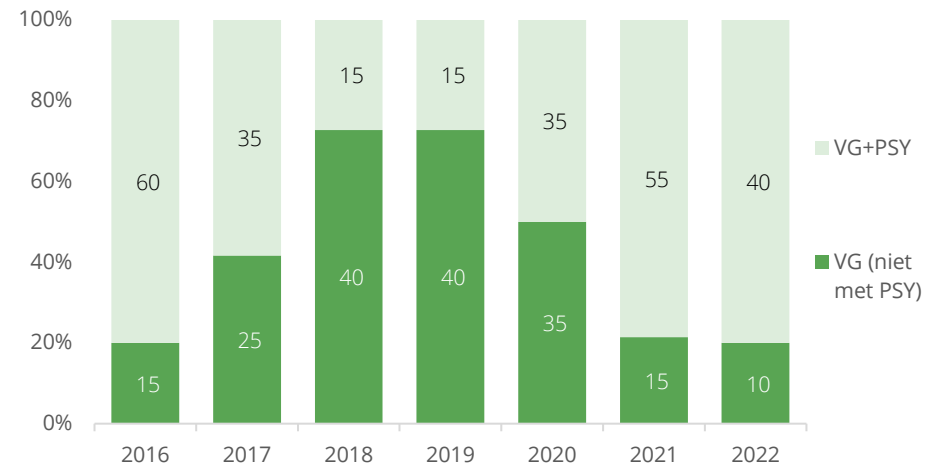


Figuur 4. Totale instroom van mannen en vrouwen in VG7 tussen 2016-2022

De afname van de instroom in figuur 4 komt overeen met de resultaten uit de [Factsheet Ontwikkeling Meerzorgkosten 2019-2021](#). Een mogelijke verklaring voor deze afnemende instroom is dat vanaf 2020 de Wlz is uitgebreid voor de geestelijke gezondheidszorg. Voor mensen waarbij zowel sprake is van een verstandelijke beperking als ggz-problematiek zijn hierdoor wellicht minder VG-indicaties afgegeven.

Voor zowel de onderzoeksgroep als totale VG7-populatie is het grootste aandeel van de instroom mannen. De partijen die we hebben gesproken in het kader van dit onderzoek geven aan dat dit een herkenbaar beeld is. Vrouwen uiten problematiek vaak anders (internaliserend) dan mannen (externaliserend). Het internaliserend gedrag wordt door de omgeving minder snel herkend, waardoor zij minder snel een VG7-indicatie krijgen. In figuur 5 is te zien dat vanaf 2020 het aandeel indicaties waarbij ook sprake is van de grondslag psychische stoornis is toegenomen.

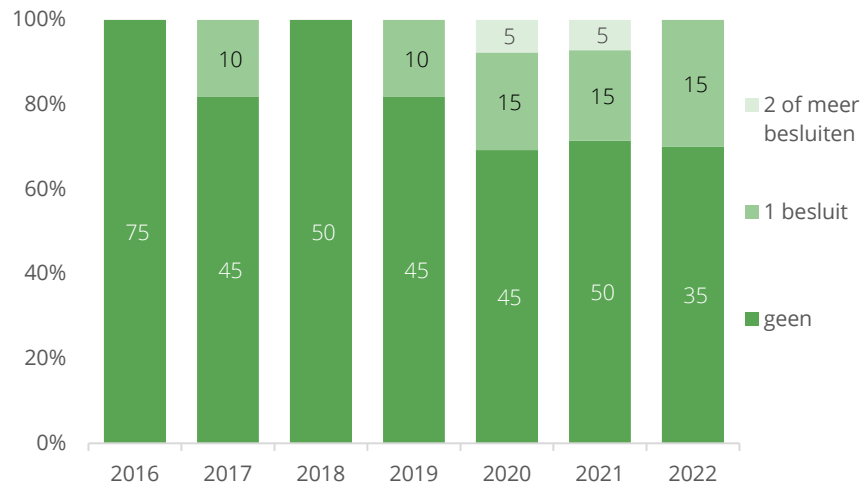
Partijen geven aan dat dit een gevolg is van de ggz-uitbreiding van de Wlz in 2020, waardoor vaker een indicatie met een ggz-grondslag wordt afgegeven. Daarnaast was het aandeel indicaties waarbij ook sprake is van de grondslag psychische stoornis ook hoger in 2016 en 2017 (dus voor de ggz-uitbreiding in de Wlz). Hiervoor hebben we geen logische verklaring gevonden. De trend uit figuur 4 komt overeen met de totale instroom in VG7.



Figuur 5. Grondslag indicatie bij VG7-instroom in de doelgroep tussen 2016-2022

### Hoe vaak is een Wlz aanvraag **afgewezen** voordat een VG7 indicatie is toegewezen?

In figuur 6 is te zien dat bij de doelgroep in de meeste gevallen geen negatief besluit is geweest, voorafgaand aan de VG7-indicatie.



Figuur 6. Negatieve besluiten voorafgaand aan VG7-indicatie bij de doelgroep tussen 2016-2022

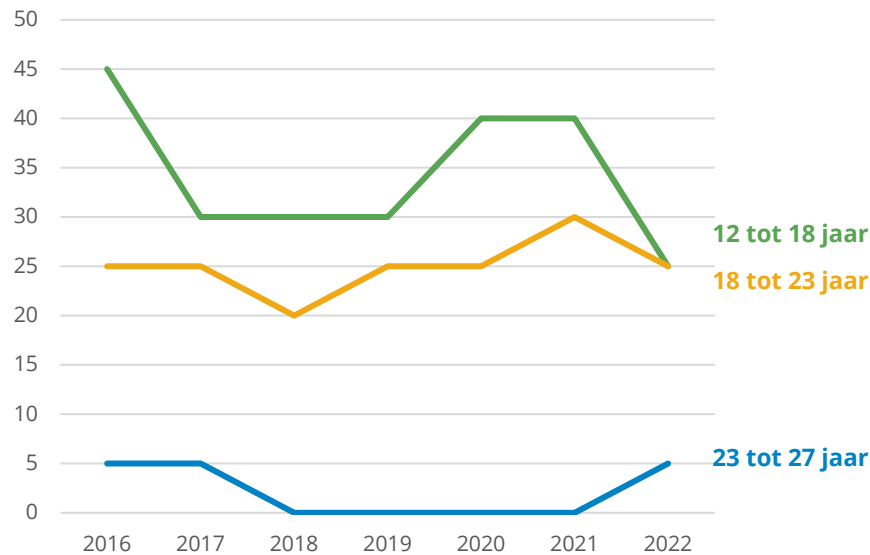
Over de jaren heen varieert het percentage negatieve besluiten voor de doelgroep tussen de 0% en 31%, met een gemiddelde van 19%. Bij de gehele VG7-groep is het percentage negatieve besluiten tussen 2016 en 2022 toegenomen van 1% tot 10%, met een gemiddelde van 5%. Als reden voor afwijzingen wordt gegeven dat sprake is van onvolledige beeldvorming. Volgens professionals speelt hier onder andere het personeelstekort mee, waardoor niet altijd een GZ-psycholoog of orthopedagoog betrokken is en veel verloop bij begeleiders. Hierdoor heeft het zorgpersoneel een minder duidelijk beeld van de persoon en kunnen zij niet de juiste informatie aanleveren die nodig is voor de Wlz-indicatiestelling.

### Welke **zorgprofielen** zijn daarbij aangevraagd?

Deze vraag is niet te beantwoorden met de ontvangen CBS-data. Deze data is mogelijk beschikbaar bij het CIZ, maar vanwege de lage aantallen (fluctuerend tussen de 10 en 20 personen per jaar) is de verwachting dat hierover weinig te concluderen valt. Daarom is besloten om deze gegevens niet aanvullend uit te vragen.

### Op welke **leeftijd** is de Wlz indicatie aangevraagd en op welke leeftijd is deze toegewezen?

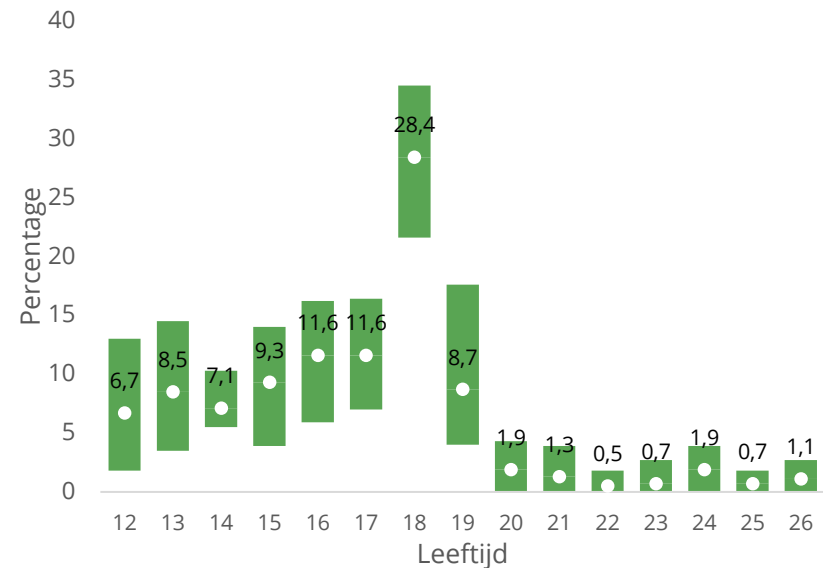
Binnen de doelgroep zien we dat zij voornamelijk de VG7-indicatie krijgen als zij tussen de 12 en 18 jaar oud zijn (figuur 7). Dit is een gevolg van de Jeugdwet die van toepassing is tot en met 17 jaar en dat dan duidelijk is geworden dat deze personen blijvend 24 uur zorg in de nabijheid nodig hebben. Tussen 23 en 27 jaar is er nauwelijks instroom in VG7 zonder eerdere Wlz-indicatie.



Figuur 7. Aantallen per leeftijdsgroep bij instroom van de doelgroep tussen 2016-2022

In figuur 8 is per leeftijd het aandeel in de doelgroep te zien tussen 2016 en 2022. Hierbij is het gemiddelde percentage weergegeven (stip), het laagste percentage (onderkant groene balk) en het hoogste percentage (bovenkant groene balk). Er is te zien dat de meeste jongeren met 18 jaar (gemiddeld 28,4% over de jaren 2016-2022) zijn ingestroomd in VG7 in de doelgroep, of al eerder (54,8%). Dit beeld wordt herkend door professionals, zij geven aan dat vaak bij 18 jaar een Wlz-indicatie wordt aangevraagd omdat de Jeugdwet afloopt. Hoewel de verlengde Jeugdwet wel ingezet kan worden, gebeurt dit vaak niet omdat dan vaak sprake is van het voorzetten van een bepaalde behandeling, terwijl deze doelgroep veel meer behoefte heeft aan een bijzondere vorm van begeleiding en ondersteuning.

LJ/25/0969/ivg7



Figuur 8. Aandeel leeftijd instroom doelgroep in procenten tussen 2016-2022, met gemiddelde (stip), minimum (onderkant groene balk) en maximum (bovenkant groene balk)

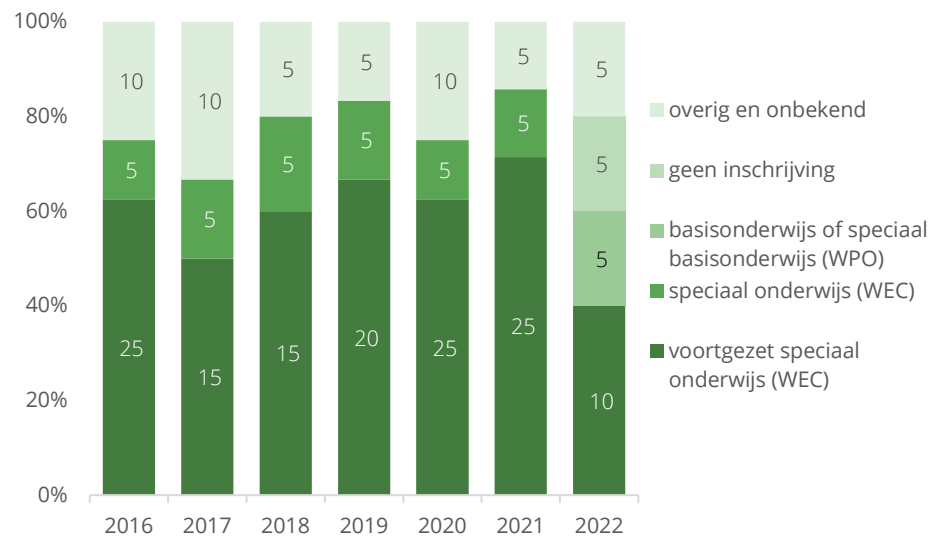
### 3.3 Situatie voorafgaand aan de Wlz-indicatie

Met behulp van de CBS-cijfers geven we voor de totale onderzoekgroep een beschrijving over de situatie voorafgaand aan de Wlz-indicatie.

#### Welke mate van verstandelijke beperking hebben deze jongeren?

De mate van verstandelijke beperking is niet uit de CBS-data te halen. Wel hebben we informatie over het gevolgde onderwijs en dagbesteding van de doelgroep. In figuur 9 is te zien dat het grootste gedeelte van de doelgroep – een maand voor instroom in de doelgroep – voortgezet speciaal onderwijs volgde. In 2022 was dit aandeel kleiner, en kwam er een

kleine groep bij die geen inschrijving had voor onderwijs of basisonderwijs of speciaal basisonderwijs volgde. In aanvulling hierop zien we in de levensreizen die we voor dit onderzoek hebben opgehaald zowel jongeren met een licht verstandelijke beperking als jongeren met een ernstig verstandelijke beperking (zie volgende hoofdstuk 4 en rapport 'MR/25/0140 Individuele levensreizen').

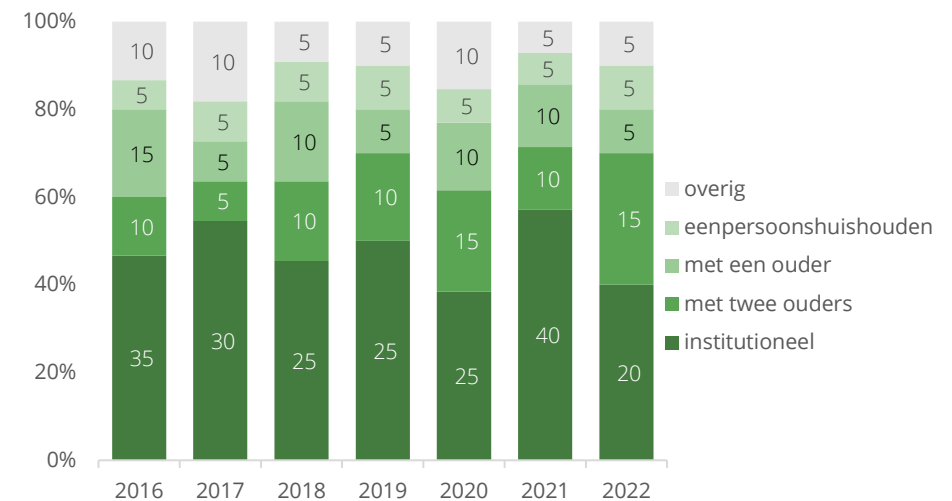


Figuur 9. Onderwijs inschrijving bij instroom doelgroep, jonger dan 18 jaar, tussen 2016-2022

### Uit welke gezinssamenstelling stromen deze jongeren de Wlz in?

### Uit welke woonsetting stromen deze jongeren in?

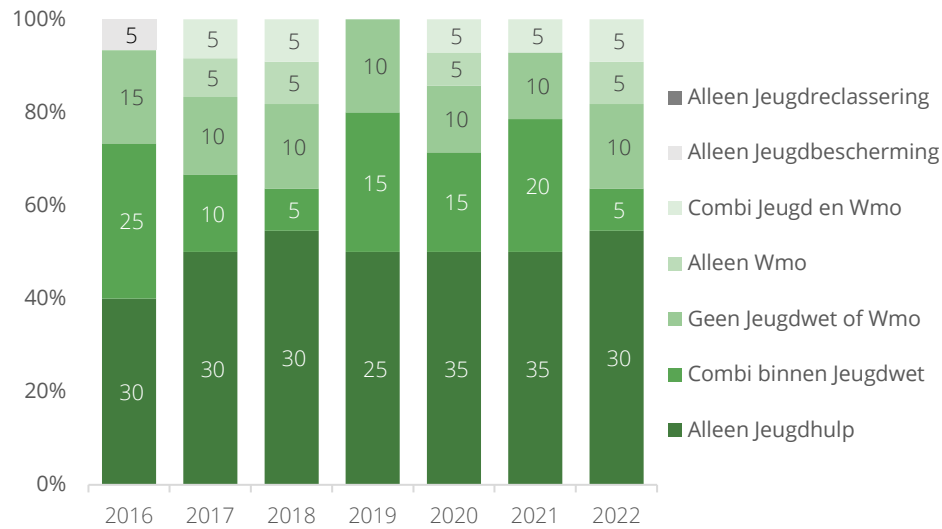
De meeste jongeren in de doelgroep wonen - een maand voordat zij instromen in de Wlz - institutioneel (figuur 10). Hiermee bedoelen we woonruimten waar meerdere personen wonen die bedrijfsmatig worden voorzien in dagelijkse levensbehoeften, zoals jeugdhulpinstellingen of gezinshuizen. Als jongeren nog thuis wonen, is dit in de meeste gevallen met twee ouders. Pleegouders vallen onder de groep overig.



Figuur 10. Woonsituatie bij instroom doelgroep tussen 2016-2022

### Uit welk domein stromen deze jongeren de Wlz in?

De meeste jongeren hebben voorafgaand aan de instroom in de doelgroep alleen Jeugdhulp ontvangen, of verschillende soorten hulp die vallen onder de Jeugdwet (zoals Jeugdhulp, of Jeugdbescherming) (figuur 11). In enkele gevallen heeft de jongere geen Jeugdwet of Wmo ontvangen, of alleen Wmo of alleen Jeugdbescherming.

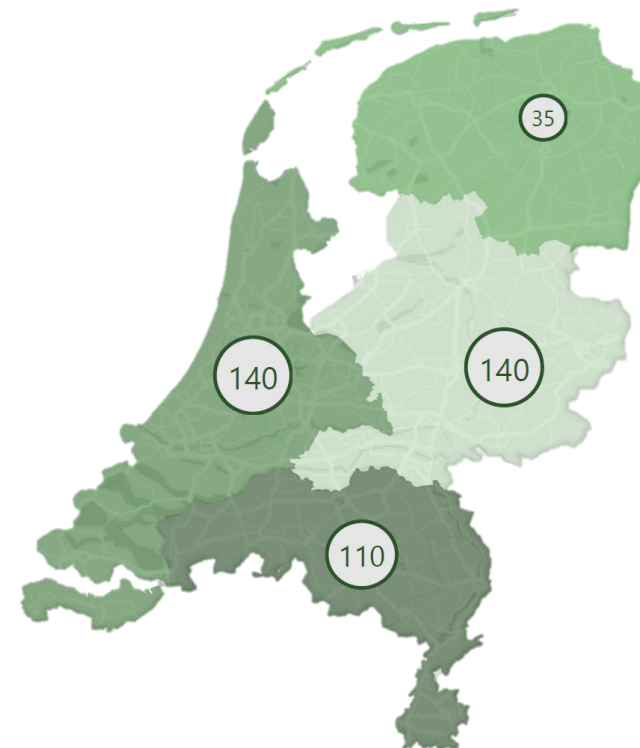


Figuur 11. Zorggebruik voorafgaand aan instroom VG7 doelgroep tussen 2016 en 2022

**Hoe is de verdeling van deze groep over Nederland?**

De meeste jongeren uit de doelgroep wonen in het oosten en westen van het land voordat zij de Wlz instromen (figuur 12). Het aantal jongeren in de doelgroep uit het noorden is fors lager dan de andere landdelen. Dit komt mogelijk doordat daar geen/weinig grote jeugdhulpaanbieders zitten, en veel van deze jongeren eerst jeugdhulp krijgen en daarvoor verhuizen, voordat zij in de Wlz komen. In Gelderland (Oost-Nederland) zitten juist wel grote jeugdzorginstellingen, waardoor jongeren hier mogelijk naartoe verhuizen om jeugdhulp te kunnen ontvangen. In tabel 2 is te zien dat de verhouding tussen de doelgroep voor de regio's Noord- en Zuid-Nederland grotendeels overeenkomt met de verhouding van de totale bevolking. In West-Nederland ligt het aandeel van de totale bevolking hoger, wat

betekent dat het aandeel jeugdigen uit de doelgroep hier in verhouding iets lager ligt. In Oost-Nederland ligt het aandeel van de totale bevolking iets lager, wat betekent dat hier naar verhouding meer jeugdigen uit de doelgroep wonen. Dit blijkt ook uit de instroom per 100.000 inwoners, die het hoogst ligt in Oost-Nederland.



Figuur 12. Instroom in doelgroep tussen 2016-2022 per landdeel

Tabel 2. Totale bevolking en verhouding per landdeel, instroom doelgroep en verhouding 2016-2022 per landdeel

| Landdeel        | Totale bevolking  | %           | Instroom doelgroep 2016-2022 | %           | Instroom per 100.000 inwoners |
|-----------------|-------------------|-------------|------------------------------|-------------|-------------------------------|
| Noord-Nederland | 1.767.380         | 10%         | 35                           | 8%          | 1,98                          |
| Oost-Nederland  | 3.788.930         | 21%         | 140                          | 33%         | 3,69                          |
| West-Nederland  | 8.608.638         | 48%         | 140                          | 33%         | 1,63                          |
| Zuid-Nederland  | 3.777.994         | 21%         | 110                          | 26%         | 2,91                          |
| <b>Totaal</b>   | <b>17.942.942</b> | <b>100%</b> | <b>425</b>                   | <b>100%</b> | <b>2,37</b>                   |

### 3.4 Wat opvalt

#### Welke trends zijn te ontdekken?

Er zijn enkele trends te ontdekken vanuit de data van het CBS. Vanaf 2019 is een lichte afname in de instroom in VG7. Bij de doelgroep jongeren die direct met een VG7-indicatie de Wlz instromen, of die met een VG6-indicatie de Wlz instromen die binnen een jaar is omgezet naar VG7, is er een lichte toename in 2020 en 2021, en daarna ook een afname te zien. Hoewel de instroom afneemt, neemt de totale VG7-groep wel toe, omdat er ieder jaar meer personen instromen dan uitstromen. Dit komt doordat de meeste mensen met een VG7 dit hun hele leven behouden, waardoor de uitstroom laag is. Het aandeel indicaties waarbij ook sprake is van de grondslag psychische stoornis is sinds 2019 toegenomen. Deze jongeren stromen op verschillende leeftijden in de Wlz, waarbij de grootste groep (28%) 18 jaar is. Bij type onderwijs, woonsituatie, zorggebruik voorafgaand aan de indicatie en het landsdeel bij instroom in deze doelgroep zijn geen grote veranderingen zichtbaar tussen 2016 en 2022. Mogelijk dat de

coronapandemie invloed heeft gehad op trends in de data. Door het ontbreken van data over 2023 en 2024, kunnen we niets zeggen over de trends na 2022.

#### Welke conclusies zijn hier aan te verbinden?

De aanleiding voor dit onderzoek was de [Factsheet Ontwikkeling Meerzorgkosten 2019-2021](#), waaruit blijkt dat de Meerzorgkosten stijgen en dat de grootste groep met Meerzorg een VG7-indicatie heeft. Daarnaast laat de factsheet zien dat van de mensen die zonder eerdere Wlz-indicatie instromen, een hoog percentage (tussen 2019 en 2021 tussen de 34% en 48%) binnen een jaar meerzorg krijgt toegekend. Daarnaast zijn de mensen die zonder Wlz-indicatie instromen vaak jong, met een gemiddelde leeftijd van 22,6 jaar (mediaan 18 jaar).

Als we de data van deze doelgroep verder onderzoeken, lijkt deze doelgroep niet oorzaak te zijn van de stijging in Meerzorg. Het percentage in de doelgroep dat binnen een jaar Meerzorg ontvangt ligt namelijk lager dan bij de gehele VG7-groep. Welke doelgroep wel voor de stijging in Meerzorg zorgt is op basis van dit onderzoek niet te bepalen.

De gegevens laten over de periode van 2016-2022 een stabiel beeld zien van de kenmerken van de onderzoeksgroep, ondanks de invloed van COVID-19 tijdens deze periode. Trends in kenmerken van de doelgroep lijken dus geen oorzaak te zijn voor een stijging in Meerzorgkosten.

## 4. Bepalende factoren vanuit levensreizen

Om beter zicht te krijgen op de factoren die bepalend zijn voor de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de jongeren hebben we, als centraal onderdeel van het onderzoek, individuele levensreizen van jongeren opgehaald (onderzoeksstap 3). In dit hoofdstuk beschrijven we de manier waarop we dit hebben gedaan, geven we het resultaat van de levensreizen weer en beschrijven we de belangrijkste bevindingen.

### 4.1 Aanpak ophalen levensreizen

De levensreizen van jongeren uit de doelgroep hebben we opgehaald door middel van individuele gesprekken met (één van) de ouders of begeleiders van de jongere. Tijdens de gesprekken hebben we acht onderwerpen behandeld:



Gezondheid



Ontwikkeling van vaardigheden



Gedrag



Relaties



Woonplekken



Daginvulling



Zorg en ondersteuning



Ondersteuning naasten

Bij elk onderwerp hebben we besproken hoe de levensreis eruit ziet vanaf de zwangerschap van moeder tot en met nu, en welke omstandigheden en gebeurtenissen bepalend zijn geweest voor de zorg- en ondersteuningsbehoefte.

In totaal hebben we negen levensreizen opgesteld. Een deel van de ouders en begeleiders die we hiervoor hebben gesproken, hebben we benaderd via organisaties die betrokken zijn bij de doelgroep (zoals de bovenregionale expertisenetwerken (BEN's) en regionale expertiseteams (RET's), Metgezel en het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)), en via een LinkedIn-bericht dat we hebben geplaatst over het onderzoek. Daarnaast hebben we een aantal levensreizen die we in een eerder onderzoek (zie: MR/23/1327 Eindrapport In- en uitstroom in de complexe gehandicaptenzorg) hebben opgehaald, opnieuw gebruikt en aangevuld. Hiervoor hebben

we toestemming gevraagd aan de betreffende ouders en begeleiders en een aantal aanvullende vragen gesteld.

#### 4.2 Gedetailleerde uitwerking levensreizen

De opgehaalde levensreizen hebben we gedetailleerd uitgewerkt. Dit hebben we per onderwerp gedaan, door de omstandigheden en gebeurtenissen op een rijtje te zetten die bepalend zijn (geweest) voor de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de jongere. Dit biedt inzicht in wat op de genoemde onderwerpen is gebeurd en waarom en hoe zaken met elkaar samenhangen. De uitgewerkte levensreizen hebben we ter controle teruggelegd aan de ouders en begeleiders en hun aanpassingen verwerkt. De levensreizen hebben we geanonimiseerd door de naam van de jongere en andere details (zoals (aantal) broers en zussen, de namen van zorgorganisaties en woonplaats) te wijzigen of weg te laten.

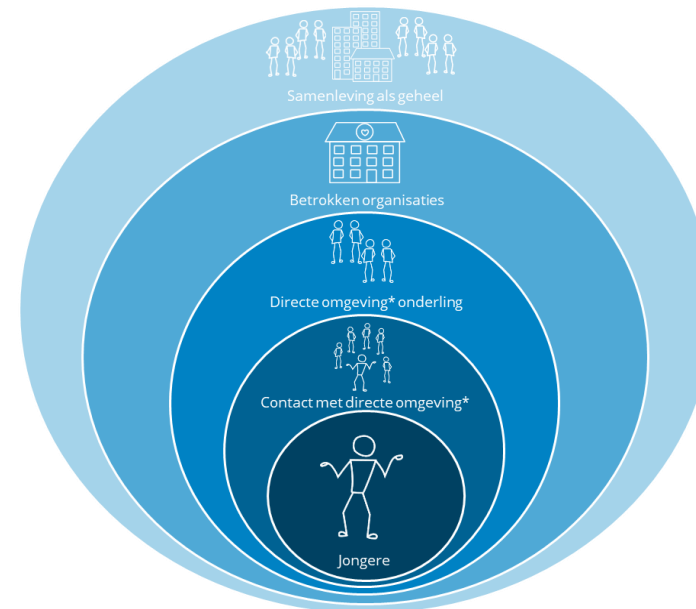
De uitgewerkte levensreizen zijn te vinden in het rapport 'MR/25/0140 Individuele levensreizen'.

#### 4.3 Bepalende omstandigheden en gebeurtenissen levensreizen

Voor elke levensreis hebben we een samenvattend overzicht gemaakt van alle omstandigheden en gebeurtenissen die van invloed zijn (geweest) op de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de jongere. Dit hebben we verwerkt in een format waarbij we per onderwerp aan de linkerkant alles hebben geplaatst wat een positieve invloed heeft (gehad) op de jongere (vermindering van de zorg- en ondersteuningsbehoefte) en aan de rechterkant alles wat een negatieve invloed heeft (gehad) (verzwaring van de zorg- en ondersteuningsbehoefte).

We hebben dit format per levensreis ingevuld om gemakkelijk diverse details over de bepalende omstandigheden en gebeurtenissen terug te lezen in de gedetailleerde uitwerking van de levensreis en om de bepalende omstandigheden en gebeurtenissen naast elkaar te leggen en met elkaar te vergelijken.

Om vervolgens een stap te zetten richting mogelijke oplossingen, hebben we de positieve en negatieve omstandigheden en gebeurtenissen van alle levensreizen verwerkt in een format op basis van het uitgewerkte ecologische model voor de gehandicaptenzorg van Vanessa Olivier-Pijpers. De systemen staan weergegeven in figuur 13.



Figuur 13. Systemen gebaseerd op ecologisch model uitgewerkt door Vanessa Olivier-Pijpers

De omstandigheden en gebeurtenissen hebben we ingedeeld per systeem. Bijlage 1 bevat een korte uitwerking per systeem en de tabel met alle positieve en negatieve factoren per systeem. De bevindingen in deze tabel waren de basis voor het komen tot oplossingen. Dit werken we verder uit in hoofdstuk 6.

#### 4.4 Overstijgend beeld levensreizen

De opgehaalde levensreizen van de jongeren zijn heel divers, maar tonen ook veel gelijkenissen. Het overstijgende beeld dat hieruit naar voren komt beschrijven we in deze paragraaf. Daarmee geven we antwoord op de vragen onder onderzoeksvraag 2a: *'Welke reis hebben jongeren met een beperking en hun naasten afgelegd voor het ontvangen een VG7-indicatie (+ Meerzorg)?'*

##### School- en werksituatie

De schoolsituatie van de jongeren varieert. Sommigen zijn gestart op een regulier kinderdagverblijf of peuterspeelzaal en in enkele gevallen daarna doorgestroomd naar een medisch kinderdagverblijf en naar het (speciaal) basisonderwijs. Anderen zijn begonnen op een reguliere basisschool en daarna doorgestroomd naar een basisschool voor speciaal onderwijs of cluster 4-school. Verder hebben sommige jongeren in een speel-/leerklas gezeten of volgden ze school bij de instelling of het behandelcentrum waar ze woonden. Enkelen zijn een MBO-1 opleiding gestart op de woonlocatie, maar hebben dit niet afgemaakt. Anderen hebben noodgedwongen periodes thuisonderwijs gehad of thuis gezeten zonder enige vorm van onderwijs, omdat ze niet meer naar een school konden of mochten vanwege hun gedrag.

De meeste jongeren zijn na hun schoolperiode gaan werken bij een dagbesteding, bijvoorbeeld een kleinschalige dagbesteding of belevingsgerichte dagbesteding.

##### Zorg- en ondersteuningstrajecten

De zorg- en ondersteuningstrajecten van de jongeren zijn allemaal een zoektocht geweest, bij de één nog meer dan de ander. Verder zijn de zorg- en ondersteuningstrajecten die de jongeren hebben afgelegd allemaal verschillend. Meestal werd dit eerst bekostigd vanuit de Jeugdwet en na afgifte van de VG7-indicatie uit de Wlz. Verder zijn enkele trajecten bekostigd via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De zorg en ondersteuning is zowel geleverd via Zorg in Natura als via PGB.

Wat betreft medische zorg zien we dat sommigen na de geboorte een tijd in het ziekenhuis hebben verbleven door bijvoorbeeld een vroeggeboorte of om af te kicken van het cocaïnegebruik van moeder. Anderen volgden op jonge leeftijd een diagnostisch traject voor lichamelijke klachten of hebben een traject in een revalidatiecentrum gevolgd. Verder hebben verschillende jongeren medicatie gekregen, zoals Ritalin en Haldol voor hun gedrag. Dit werd meestal betaald vanuit de Zvw.

Daarnaast hebben de jongeren allerlei vormen van begeleiding en ondersteuning gehad. Zoals begeleiding op school of ondersteuning van een social worker, ambulante begeleiding, 1-op-1 begeleiding, groepsbegeleiding op een zorgboerderij of begeleiding van ouders. Verder hebben enkele jongeren gesprekken gehad met een seksuoloog wanneer sprake was van seksueel grensoverschrijdend gedrag of relaties met loverboys. Anderen kregen ondersteuning via integrale vroeghulp, of door

inzet van een hulphond. In de meeste gevallen is dit betaald vanuit de Jeugdwet. Daarnaast werd het CCE bij meerdere jongeren betrokken. Ook zien we dat jongeren verschillende vormen van therapie volgen, zoals ergotherapie en fysiotherapie voor het verbeteren van het lichamelijk functioneren. Voor het verbeteren van vaardigheden of om beter te leren omgaan met hun emoties volgen jongeren onder andere logopedie, speltherapie, communicatietraining, sensorische informatietherapie, dolfijntertraining en/of psychomotorische therapie. Verder worden bepaalde methodieken/therapieën ingezet, zoals de Triple-C methodiek, de Non-Violent Resistance methode en EMDR-therapie. De meeste vormen van therapie worden betaald vanuit de aanvullende verzekering (Zvw) of vanuit de Jeugdwet.

Bij een aantal jongeren zien we dat de Raad voor de Kinderbescherming is ingeschakeld of dat sprake is van een onder toezichtstelling (OTS) of in bewaring stelling (IBS).

### Woonsituatie

De meeste jongeren wonen eerst thuis bij hun biologische ouders, waar meestal sprake was van een stabiele woonsituatie. Vanwege verzwaring van de zorg- en ondersteuningsvraag, waardoor hier thuis niet meer in voorzien kon worden, zijn deze jongeren op een gegeven moment in een instelling gaan wonen. Slechts twee van de jongeren uit de levensreizen wonen op dit moment nog thuis bij hun ouders.

Bij sommige instellingen waar de jongeren dan terecht kwamen werd een stabiele woonsituatie geboden door bijvoorbeeld begeleiding die goed aansloot op de jongeren, maar er waren ook instellingen waar de situatie niet stabiel was. Dit had voornamelijk te maken met problemen vanuit het

directe contact met (handelingsonbekwame) begeleiders en soms ook met medebewoners (zie tabel in bijlage 1 voor voorbeelden hiervan). Dan moesten jongeren vaak weer verhuizen en was het een zoektocht naar een passende woonplek.

Daarnaast werden jongeren in twee gevallen na hun geboorte al in een pleeggezin geplaatst. In één situatie was dit stabiel en kon de jongere hier blijven, in een ander geval verhuisde de jongere van pleeggezin naar pleeggezin, omdat sprake was van misbruik en mishandeling. Uiteindelijk is door adoptie een stabiele woonsituatie gecreëerd.

Verder kwamen enkele jongeren (meerdere malen) terecht op de crisisafdeling of hebben zij tijdelijk gewoond op een gesloten woonplek.

### Aanvraag Wlz-indicatie

Bij geen enkele jongere is de aanvraag voor een Wlz-indicatie afgewezen. Wel kwam het voor dat jongeren eerst een VG6-indicatie kregen en binnen een jaar een VG7-indicatie. In één geval was onvoldoende onderbouwing voor een VG7-indicatie bij de aanvraag en is daarom gekozen om een VG6-indicatie aan te vragen. Deze is afgegeven en korte tijd daarna is de VG7-indicatie aangevraagd, toen de onderbouwing wel voldoende was. In een ander geval bleek de afgegeven VG6-indicatie niet passend omdat de zorgvraag zo complex was dat binnen 3 maanden na afgifte van de VG6-indicatie een VG7-indicatie is aangevraagd en afgegeven.

### Zorg- en ondersteuningsvraag na afgifte Wlz-indicatie

Bij de meeste jongeren is de zorg- en ondersteuningsvraag niet veranderd nadat zij een VG7-indicatie en/of Meezorg hebben ontvangen. Voor sommige jongeren veranderde er niets in de geboden zorg en ondersteuning, behalve de bekostiging. Dit was voornamelijk het geval wanneer

Instream jongeren van 12-27 jaar in VG7 | © bureau HHM 2025 | 23

de VG7-indicatie rond het 18<sup>e</sup> levensjaar werd aangevraagd om de zorg en ondersteuning vanuit de Jeugdwet te continueren. Of het werd aangevraagd door de instelling waar de jongere woonde of kwam wonen, om passende zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Vaak werd vervolgens ook Meerzorg aangevraagd om de omgeving en/of de kwaliteit van leven van de jongeren te verbeteren of achteruitgang te voorkomen. Enkele ouders gaven aan dat dit werd gerealiseerd door 1-op-1 begeleiding. Verder zien we bij een jongere dat door de afgifte van de VG7-indicatie ouders beter passende, intensievere zorg en ondersteuning ingezet kon worden in de thuissituatie. Daarentegen zien we bij een andere jongere juist dat er na afgifte van de Wlz-indicatie, vooralsnog, minder intensieve zorg mogelijk was dan eerder vanuit de jeugdzorg kon worden geboden. Verder verzwaarde in een enkel geval de zorg- en ondersteuningsvraag na de afgifte van de Wlz-indicatie, wat werd veroorzaakt door een combinatie van de puberteit van de jongere en het ontbreken van een passende bejegening vanuit de context.

### **Cruciale factoren voor verzwaring zorg- en ondersteuningsvraag**

In de levensreizen zien we een groot aantal uiteenlopende factoren terug die in interactie met elkaar in meer of mindere mate hebben bijgedragen aan (verzwaring van) de zorg- en ondersteuningsvraag van de jongeren. Hierbij gaat het altijd om combinaties van factoren, waarbij het niet mogelijk is om per individu aan te geven welke factor in welke mate aan de problematiek heeft bijgedragen.

In totaal gaat het om ongeveer 60 geïdentificeerde factoren (zie tabel in bijlage 1). Deze variëren van de aanwezigheid van stoornissen en aangeboren afwijkingen tot discontinuïteit van zorgverleners, en van een tekort aan woonplekken voor mensen met een gedragsmatige en

zorgintensieve ondersteuningsbehoefte tot te veel prikkels bij regulier onderwijs, speciaal onderwijs en daginvulling. Ze zijn verdeeld over alle systeemlagen van het model van Vanessa Olivier-Pijpers (zie Figuur 13), namelijk:

- De jongere
- Contact met directe omgeving
- Directe omgeving onderling
- Betrokken organisaties
- Samenleving als geheel

Wel valt hierbij op dat, ten opzichte van de factoren die uit de gesprekken met de professionals naar voren kwamen (zie hoofdstuk 5 en de tabel in bijlage 2), uit de levensreizen relatief veel factoren naar voren zijn gekomen uit de systeemlagen die dichterbij de jongere zelf liggen en minder uit de systeemlagen die verder weg van de jongeren liggen. Dit wordt verklaard door het perspectief en laat ook zien dat de levensreizen en de gesprekken met professionals een goede aanvulling op elkaar zijn.

## 5. Bepalende factoren vanuit ervaringen professionals

Om de bevindingen van de levensreizen in perspectief te kunnen plaatsen en aan te vullen vanuit de ervaringen van professionals, zijn we in gesprek gegaan met professionals die vanuit verschillende rollen en posities betrokken zijn bij de doelgroep (onderzoeksstap 2). In dit hoofdstuk beschrijven we de aanpak en de belangrijkste bevindingen van deze gesprekken.

### 5.1 Aanpak gesprekken professionals

We hebben de relevante aspecten rondom de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep opgehaald door middel van groepsinterviews met vertegenwoordigers van het Ondersteuningsteam Zorg voor Jeugd (OZJ), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Bovenregionale Expertisenetwerken (BEN's), de Regionale Expert Teams (RET's) en het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Daarnaast zijn tijdens de twee reflectiesessies en in bijeenkomsten met de begeleidingscommissie relevante aspecten aan bod gekomen. Net als bij de levensreizen hebben we deze aspecten verwerkt per systeem van het ecologisch model in een format. Zie bijlage 2 voor het uitgewerkte format en alle afzonderlijke bevindingen. In de volgende paragrafen beschrijven we de bevindingen in samenhang met elkaar.

### 5.2 Beschrijving doelgroep volgens professionals

De jongeren met een VG7-indicatie hebben volgens de respondenten een aantal typerende kenmerken. Verder vinden zij de sociaal emotionele ontwikkeling en fysieke beweging belangrijke aspecten voor deze doelgroep.

#### Typerende kenmerken

Bij jongeren met een VG7-indicatie is sprake van een verstandelijke beperking (VB), onbegrepen gedrag en een zeer intensieve zorgvraag. De oorzaak kan liggen in het hebben van een syndroom waarbij een VB en gedragsproblematiek kenmerkend zijn (zoals bijvoorbeeld het syndroom van Kleefstra). Maar voor het merendeel van de jongeren met een VG7-indicatie geldt dat zij een VB hebben met vaak een disharmonisch profiel<sup>3</sup> en opstapeling van factoren die leiden tot de problemen rondom het

<sup>3</sup> Website CCE: "Een disharmonisch profiel kan worden gevonden binnen de cognitieve ontwikkeling maar ook tussen de cognitieve ontwikkeling in samenhang met de sociaal-emotionele ontwikkeling." Lj/25/0969/ivg7

gedrag. Denk hierbij aan een combinatie van een psychische stoornis (zoals autisme), een traumatisch verleden (door bijvoorbeeld ouders met problematiek, uithuisplaatsing, vele verhuizingen, geweld of misbruik) en/of een niet goede diagnose, waardoor geen passende zorg en ondersteuning is geboden.

Door de VB is het voor de jongere moeilijk om op een goede manier om te gaan met het uiten van emoties, dat extra wordt belemmerd door de bijkomende factoren. De jongere uit zich dan vaak door gedrag, zoals (verbale) agressie, boze buien of automutilatie.

### **Sociaal emotionele ontwikkeling**

In de praktijk zien professionals dat de sociaal emotionele ontwikkeling (SEO) van de jongere bepalend is voor wat de jongere aan kan. De SEO wordt onder andere beïnvloed door de combinatie van factoren naast de VB. Professionals geven bijvoorbeeld aan dat, in het geval van *traumatische gebeurtenissen*, het voor een jongere vaak lastiger is om stappen te zetten.

Daarnaast noemen professionals dat uit de praktijk blijkt dat de SEO ook afhankelijk is van de directe omgeving. Volgens hen hebben jongeren met een VG7-indicatie behoefte aan *stabiliteit en continuïteit*. Een omgeving die dit biedt bevordert de ontwikkeling van de jongere en kan bijdragen aan positieve gedragsverandering. Jongeren die opgroeien in een omgeving waar dit niet het geval is komen vaak veel minder tot ontwikkeling en bij hen wordt meer problematiek rondom het gedrag gezien.

Ook de zorg en ondersteuning speelt een belangrijke rol in de SEO; als de behandeling alleen is gericht op het gedrag, en er niet wordt gekeken naar de onderliggende oorzaak, zal de SEO beperkt zijn. Zeker in de jonge jaren

kan een zorgaanbieder het verschil maken door in te zetten op de emotionele ontwikkeling met therapie of methodieken. Als het fundament van de SEO stevig is, kan een jongere zich beter ontwikkelen. Dit lukt niet bij alle jongeren, waardoor zij zich niet optimaal ontwikkelen en de zorg- en ondersteuningsbehoefte verzwakt. Een belemmering voor de inzet op SEO is dat de zorg – door allerlei factoren (die we beschrijven in de volgende paragrafen) – onder druk staat.

### **Fysieke beweging**

Daarnaast zien professionals in de praktijk dat het van belang is dat de jongeren voldoende beweging krijgen zodat ze hun energie kwijt kunnen. Dit geldt voor alle opgroeiende jongeren, maar is voor deze doelgroep vaak moeilijker te organiseren. Verder maakt deze behoefte aan beweging dat, als therapie nodig is, bijvoorbeeld speltherapie en psychomotore therapie (PMT) passende keuzes kunnen zijn. Deze bieden naast therapie, als bijvangst, beweging voor opgroeiende jongeren.

## **5.3 Ondersteuning ouders volgens professionals**

De ondersteuning voor ouders van jongeren uit deze doelgroep is volgens de professionals heel belangrijk. Vormen van ondersteuning zijn respijtzorg en cliëntondersteuning. Daarnaast noemden zij het systemische perspectief als belangrijke factor.

### **Respijtzorg**

Voor de ouders van deze jongeren is respijtzorg (zoals logeeropvang) erg belangrijk om de zorg en ondersteuning van hun kind vol te kunnen houden. Echter, merken de professionals dat het lastiger is geworden om hiervoor een plek te vinden. Ze hebben de indruk dat het aanbod van respijtzorg de afgelopen jaren is afgenomen. Als oorzaak wordt vaak

aangegeven dat de aanbieders het nu niet kostendekkend kunnen organiseren. De tarieven (met name die van gemeenten) zijn niet kostendekkend om voldoende expertise in te kunnen zetten, en vanwege niet betaalde leegstand door de week (de behoefte aan logeren is het grootst in de weekenden).

### Cliëntondersteuning

Professionals zien daarnaast steeds vaker dat (bijvoorbeeld als gevolg van de complexer wordende maatschappij) jongeren vastlopen op jonge leeftijd, onder andere op school (jonger dan 12 jaar). Ook zien ze vaak dat er geen contact is met wijkteams en ervaren zij dat er weinig (gespecialiseerde) cliëntondersteuners zijn, zeker voor kinderen (dit is echter niet onderbouwd met cijfers). Verder geven professionals aan dat de inzet van cliëntondersteuning door gemeenten niet altijd wordt aangeboden en dat cliëntondersteuning over het algemeen weinig bekendheid heeft bij zowel huisartsen als inwoners. Professionals vinden dat hierdoor de inzet van cliëntondersteuners niet optimaal wordt benut. Daarnaast merken professionals dat ouders door de vele wisselingen en slechte informatievoorziening hierover, te maken hebben met veel verschillende hulpverleners voor hun kind, met als mogelijke gevolgen, dat

- ouders niet altijd goed worden meegenomen in de problematiek en de zorg en ondersteuning rondom hun kind,<sup>4</sup>
- regie op de inhoud van de behandeling vaak ontbreekt, waardoor behandelingen niet goed op elkaar en met de ouders zijn afgestemd,
- ouders onvoldoende handvatten en tools krijgen om met de situatie van hun kind om te gaan.

### Systemisch perspectief

Daarnaast wordt volgens professionals in de jeugdzorg niet altijd vanuit het systemische perspectief (de jongere in relatie tot zijn/haar leefwereld) gekeken, hoewel er wel ontwikkelingen zichtbaar zijn op dit gebied. Een deel van de jongeren die een VG7-indicatie krijgt, komt uit gezinnen waar bij de ouders ook sprake is van problematiek (bijvoorbeeld een LVB, schulden of alcoholmisbruik) en van wie de ouders niet altijd geholpen willen worden. Het is niet effectief als binnen de jeugdzorg alleen de jongere wordt behandeld, omdat de omgeving dan niet verbetert. Professionals weten uit de praktijk dat (preventief) intensief inzetten op de ouder-kind relatie vanaf de babyleeftijd kan voorkomen dat problemen zich opstapelen en uiteindelijk een VG7-indicatie nodig is. Daarnaast is het zinvol om ouders handvatten te geven hoe ze kunnen omgaan met hun kind (passend bij de sociaal emotionele ontwikkeling).

Verder geven zij aan dat de mogelijkheid voor systemisch werken vanuit de Wlz zeer beperkt is. Het beeld van de Wlz is dat het zorgaanbod alleen gericht is op de persoon met de Wlz-indicatie, in dit geval de jongere. Er zijn echter wel mogelijkheden om het hele gezin te betrekken met de volgende twee NZa-prestaties:

- 'Families first' (prestatie H331) - Dit betreft behandeling van een crisissituatie van een (multiprobleem)gezin waarbij met gericht methodisch ingrijpen – volgens de Families First (j)lvg-methodiek - de gedragsproblematiek hersteld wordt bij kinderen met een verstandelijke handicap en ernstig probleemgedrag; dit bestaat uit begeleiding en ondersteuning van de ouders en kinderen. Daarmee wordt het risico op uithuisplaatsing verkleind. Deze prestatie is in 2024 niet gedeclareerd.

<sup>4</sup> K. van Beurden et al. (2024) [The needs of family members of people with severe or profound intellectual disabilities when collaborating with healthcare professionals: a systematic review](#)

- ‘Behandeling-Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling’ (prestatie H334) – Deze behandeling heeft als doel het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag waardoor bij het kind (met lvb en ernstig probleemgedrag) toekomstige verergering van de beperking en mogelijk uithuisplaatsing kan worden voorkomen. Behandeling van kind en ouders lopen parallel. Deze hulp wordt in het gezin geboden door een multidisciplinair team, bestaande uit een gezinshulpverlener, een teamleider en een behandelaar (orthopedagoog/psycholoog). Voor deze prestatie zijn ongeveer 16 duizend uren gedeclareerd in 2024.

Daarnaast vervullen ouders of familie volgens professionals bij Wlz-zorg vaak nog de rol van toeschouwers, terwijl ze op verschillende manieren betrokken kunnen worden bij de zorg en ondersteuning voor de jongere.

#### 5.4 Context volgens professionals

Voor deze doelgroep is, volgens de professionals, de context een aspect die veel invloed heeft op de zorg en ondersteuningsvraag van jongeren. De context is een breed begrip en omvat allereerst de rol van ouders en naasten. Welke aspecten hierbij van belang zijn hebben we in paragraaf 5.3 beschreven. Daarnaast noemen professionals dat het gaat om de houding en expertise van professionals die betrokken zijn bij de doelgroep. Verder noemden ze personeel niet in loondienst, onvoldoende aanbod en de samenwerking met het onderwijs als factoren die van invloed zijn op de zorg- en ondersteuningsvraag van de jongeren. Op al deze aspecten geven we in deze paragraaf een nadere toelichting.

#### Houding en expertise professionals

Voor jongeren uit de doelgroep heeft de houding van hun begeleiders veel invloed op de zorg- en ondersteuningsbehoefte, volgens professionals. Zij

geven aan dat wanneer een begeleider flexibel kan inspelen op de ondersteuningsbehoefte van de jongere, dit een positieve invloed heeft op het gedrag van de jongere. Het als begeleider bewust zijn van de invloed van de eigen houding op het gedrag van de jongere is hierin cruciaal.

Daarnaast noemen professionals als belangrijk aspect de expertise over deze doelgroep van medewerkers die bij de gemeente de Jeugdwet uitvoeren. Het is volgens de professionals echt persoonsafhankelijk hoe de Jeugdwet wordt uitgevoerd. Volgens hen hebben deze medewerkers vaak onvoldoende expertise over de specifieke problematiek van deze doelgroep, waardoor zij niet de best passende zorg en ondersteuning inzetten vanuit de Jeugdwet omdat het niet beschikbaar is, of omdat ze niet goed kunnen inschatten of het aanbod binnen de Jeugdzorg wel aansluit op de zorg- en ondersteuningsvraag.

Tevens is door professionals gewezen op de ontwikkeling van het kwaliteitskader met criteria voor het doen van een brede analyse, waar triage, een verklarende analyse en verwijzing een onderdeel van zijn, zoals beschreven in de Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028.

#### Personeel niet in loondienst

De jongeren uit de doelgroep hebben volgens de professionals behoefte aan continuïteit en stabiliteit. Echter kan dit door het personeelstekort niet altijd worden geboden. Veel zorgaanbieders zetten personeel niet in loondienst (PNIL) in om de gaten in de roosters te vullen, met als gevolg dat er veel wisselingen zijn in het personeel en de jongeren geen band kunnen opbouwen. Hierdoor neemt de complexiteit van de zorg- en ondersteuningsvraag van de jongeren toe.

#### Onvoldoende aanbod

Instream jongeren van 12-27 jaar in VG7 | © bureau HHM 2025 | 28

Professionals geven ook aan dat er binnen de Jeugdzorg en Wlz onvoldoende aanbod is voor deze doelgroep op het gebied van wonen. Bij de jongeren waarbij sprake is van een combinatie van een VB en een psychische stoornis is het moeilijk een passende plek te vinden. In de Jeugdzorg zijn de plekken vaak gespecialiseerd op ofwel de behandeling van psychische stoornissen ofwel VB. Enkele aanbieders zijn al bezig om expertise op andere gebieden binnen te halen, maar dit zou nog vaker kunnen gebeuren. Daardoor is het vaak nog lastig om expertise te vinden voor de combinatie van psychische stoornissen en VB. Ook in de Wlz zijn aanbieders vaak voornamelijk gericht op VB, of op psychische stoornissen.

Daarnaast zijn er volgens de professionals zorgaanbieders die terughoudend zijn in het opnemen van jongeren die het label hebben moeilijk gedrag te vertonen of van een bepaalde instelling komen. Professionals krijgen signalen dat mensen hierdoor vaker een VG6-indicatie aanvragen, in plaats van een VG7-indicatie. Met een VG6-indicatie is het makkelijker om een woonplek te vinden waarbij de zorgaanbieder daarna zelf vaak nog wel een VG7-indicatie en/of Meerzorg aanvraagt vanwege de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de jongeren. Op deze manier heeft de jongere een woonplek via de VG6-indicatie gekregen en blijft de jongere daar meestal wonen als het een VG7-indicatie wordt, waarbij vervolgens moet blijken of hier ook de passende context kan worden gecreëerd.

Verder zijn er weinig alternatieven om het aanbod te vergroten. Sinds 2020 worden de GGZ-woonprofielen vanuit de Wlz geïndiceerd, wat iets meer mogelijkheden heeft gegeven voor een passende plek voor deze jongeren maar voor sommige jongeren is een VG-woonomgeving beter passend. Daarnaast bieden de LVG-indicaties, vanwege het tijdelijke karakter, voor deze doelgroep weinig mogelijkheden volgens de professionals. Het

specifieke LVG-zorgaanbod hiervoor is zeer gering en er zijn lange wachtlijsten. Bovendien willen andere VG-aanbieders jongeren met een LVG-indicatie wel opnemen, als zij de zekerheid krijgen dat jongeren uit de doelgroep daarna een VG7-indicatie kunnen krijgen (omdat de LVG-indicaties tijdelijk van aard zijn). Echter is dit vaak niet het geval.

Het gebrek aan (passend) aanbod leidt ertoe dat jongeren vaak moeten verhuizen, waardoor volgens de professionals moeilijk de onvoorwaardelijkheid kan worden geboden die voor deze doelgroep zo belangrijk is. Wel zien ze de ontwikkeling in de Wlz dat er steeds meer concepten komen waarbij de jongeren niet meer hoeven te verhuizen als ze een woonvoorziening hebben gevonden (bijvoorbeeld [‘PRO in de praktijk’](#) en [‘Een Thuis voor Noordje’](#)). In de Jeugdzorg wordt de ontwikkeling gezien dat jongeren vaker thuis blijven wonen.

### **Samenwerking met onderwijs**

Professionals geven aan dat veel jongeren uit deze doelgroep vastlopen op school. In het regulier onderwijs is de context vaak niet passend omdat er teveel prikkels zijn, dus jongeren gaan vaak naar een school voor speciaal onderwijs. Daarnaast zien professionals dat de samenwerking tussen zorg en ondersteuning, ouders en onderwijs lang niet altijd aanwezig is. Op school wordt dan een andere aanpak toegepast dan thuis of bij de zorginstelling, wat onduidelijk is voor de jongere en tot onrust leidt. Als de school op een gegeven moment niet meer kan omgaan met het gedrag van de jongere - ondanks dat van alles is geprobeerd vanuit de zorgstructuur van de school, mogelijk aangevuld vanuit jeugdhulp door de gemeente - komt de jongere thuis te zitten. Meestal is er dan geen andere passende plek waar de jongere onderwijs kan volgen. Dit vergroot de zorg- en ondersteuningsvraag; in de thuissituatie of bij de zorginstelling moet van alles worden ingezet om de jongere toch een vorm van daginvulling te

Instroom jongeren van 12-27 jaar in VG7 | © bureau HHM 2025 | 29

bieden. Het is dan aan het onderwijs én de gemeente om te kijken hoe de jongere toch terug kan worden geleid naar school.

## 5.5 Wet- en regelgeving volgens professionals

Professionals geven aan dat de wet- en regelgeving allerlei factoren met zich meebrengt die van invloed zijn op de zorg- en ondersteuningsvraag van de jongeren. Het gaat voornamelijk om de essentie van de Jeugdwet en de Wlz, en de overgang hiertussen.

### Jeugdwet

De zorg en ondersteuning vanuit de Jeugdwet is volgens professionals voor veel jongeren die uiteindelijk in VG7 terechtkomen, niet passend. De jeugdzorg richt zich voornamelijk op behandeling, vaak zo licht mogelijk, en is meer gericht op psychische stoornissen. De behandelingen die vanuit de jeugdzorg worden geboden zijn vaak niet passend voor deze doelgroep (omdat die namelijk gericht zijn op meetbare doelen in plaats van stabiliteit en kleine stapjes zetten). Zo vraagt behandeling bij mensen met een VB vaak om meer tijd en lukt het niet om binnen de periode die ervoor staat resultaten te bereiken (wat een doelstelling is bij behandeling in de jeugdzorg). Hierdoor worden ze overvraagd, waardoor het soms zelfs averechts werkt en ervoor zorgt dat de zorg- en ondersteuningsbehoefte juist complexer wordt. Deze jongeren hebben juist behoefte aan nabijheid, onvoorwaardelijkheid en het leren omgaan met hun beperkingen.

Daarnaast moet in de jeugdzorg (bijvoorbeeld elk half jaar, jaar of anderhalf jaar) worden aangetoond of de zorg en ondersteuning daadwerkelijk nodig is (al zijn enkele gemeenten wel voornemens om vaker voor langere tijd te beschikken en meer continuïteit te bieden). Dit

geeft veel onrust en onzekerheid bij (de ouders van) de jongeren. Het is telkens de vraag of de ondersteuning wel wordt voortgezet, het kost onnodig veel tijd die de oudere niet in de ontwikkeling van de jongere kan steken en het is frustrerend om te zien dat niet realistische doelen niet worden gehaald, wat een negatief effect kan hebben op de ondersteuningsbehoefte.

In relatie tot die onzekerheid binnen de Jeugdwet kan een Wlz-indicatie op jongere leeftijd (eerder dan 18 jaar) meer rust geven, omdat voor (de ouders van) de jongere dan duidelijk is dat er blijvend recht is op zorg (zie de volgende alinea voor nadere informatie over de Wlz-toegangscriteria).

### Aanvraag Wlz-indicatie

Jongeren kunnen tot hun 18e jaar zorg en ondersteuning krijgen vanuit de Jeugdwet. Wanneer iemand voldoet aan de criteria van de Wlz, kan een Wlz-indicatie worden aangevraagd. Als sprake is van een VB, gedragsproblematiek en een intensieve zorgvraag, zijn een VG6- of VG7-indicatie de passende indicaties. De criteria voor een Wlz-indicatie zijn dat behoefte is aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, en dat de zorgbehoefte blijvend is (er zijn geen mogelijkheden voor zodanige (functionele) verbeteringen of herstel dat deze behoefte verdwijnt).<sup>5</sup> Bij deze doelgroep zien professionals dat een aanvraag op jonge leeftijd moeilijk is omdat dan lastig is te bepalen dat er geen verbetering of ontwikkeling meer mogelijk is (omdat jongeren dan nog de puberteit door moeten) en daardoor de behoefte aan zorg in de nabijheid blijvend is. Wanneer dit op jonge leeftijd wel duidelijk is, kan de Wlz-indicatie eerder worden afgegeven.

<sup>5</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/toegang-tot-wlz-zorg/LJ/25/0969/ivg7>

### Overgang van Jeugdwet naar Wlz

Veel jongeren uit de doelgroep maken de overgang van Jeugdwet naar Wlz. Omdat gemeenten zelf kiezen hoe zij de Jeugdwet uitvoeren, verschillen de ervaringen per gemeente. In een aantal gevallen verloopt de overgang van Jeugdwet naar Wlz moeizaam. Eén van de oorzaken hiervoor is dat als een jongere van een jeugdzorgaanbieder overgaat naar een Wlz-aanbieder, er bij de inhoudelijke overdracht wel eens dingen mis gaan. De overdracht wordt bijvoorbeeld niet gedaan, of is heel gering. Het gevolg hiervan is dat de Wlz-aanbieder opnieuw moet beginnen, omdat de verzamelde informatie over de jongere en de geboden zorg en ondersteuning (deels) verloren is gegaan. Wanneer een jongere bij de overgang naar de Wlz bij dezelfde zorgaanbieder kan blijven, is hiervan geen sprake.

Ook vallen bij de overgang naar de Wlz vaak de partijen die vanuit de Jeugdwet betrokken waren weg. Een voorbeeld van zo'n partij is het RET, die betrokken is bij kinderen die nergens geplaatst kunnen worden. Elke Jeugdregio in Nederland heeft een team ingericht, met het doel om voor elk kind passende hulp te vinden, ongeacht de complexiteit van de zorgvraag. Vanuit het RET wordt iemand betrokken bij de casus en probeert de juiste partijen aan tafel te krijgen om passende zorg en ondersteuning te regelen (als dit geregeld is, houdt ondersteuning vanuit het RET op, dus dit is tijdelijk). Bij de overgang naar de Wlz, valt het RET weg omdat het zorgkantoor hier geen gebruik van maakt. Het is dan van belang dat het zorgkantoor het stokje van de RET kan overnemen en zelf op een goede manier betrokken raakt. Zorgkantoren geven daarbij aan dat het voor hen een belemmering vormt dat zij de jongere pas in beeld krijgen bij de aanvraag van een Wlz-indicatie. Zij hebben niet eerder zicht op de doelgroep in de Jeugdwet die mogelijk in de Wlz komt en kunnen daarom niet eerder inspelen op de zorg- en ondersteuningsvraag van deze

doelgroep (bijvoorbeeld zorgen voor voldoende aanbod). Zorgkantoren willen dus eerder betrokken worden.

Daarnaast komen situaties voor dat vanuit de jeugdzorg veel zorg en ondersteuning wordt geboden, maar binnen de Wlz niet altijd kan worden voortgezet (bijvoorbeeld vanwege financiële redenen). Deze moeizame overgang tussen Jeugdwet en Wlz kan voor de jongere leiden tot stagnatie in de ontwikkeling of verergering van de complexiteit. Daarentegen komt het tegenovergestelde soms ook voor dat na de overgang naar de Wlz meer mogelijk is met betrekking tot zorg en ondersteuning.

Een mogelijkheid om de Jeugdzorg na 18 jaar te verlengen is het inzetten van de verlengde Jeugdwet. Echter, dit gebeurt volgens professionals weinig, omdat dit vaak geen relevante optie is voor de doelgroep van dit onderzoek. Immers, de verlengde jeugdzorg is gericht op het voortzetten van een behandeling, terwijl de doelgroep meestal geen baat heeft bij een voortgezette behandeling maar bij een passende ondersteunende context. Daarnaast is het zo dat als de jongere voldoet aan een andere wet (zoals de Wlz) dat die dan voorgaat.

## 6. Oplossingen

Dit hoofdstuk geeft antwoord op vraag 3b. *Welke oplossingen kunnen eraan bijdragen dat het complexer worden van de (zorg- en ondersteunings)vraag mogelijk kan worden voorkomen?* De mogelijke oplossingen hebben we in twee online reflectiesessies geformuleerd, geconcretiseerd en geprioriteerd op basis van de data, levensreizen en interviews met professionals. Hieruit blijkt dat de levensreizen van de jongeren met een VG7-indicatie heel divers en uniek zijn, en daarom om maatwerk vragen. Tevens zijn veel gelijkenissen te zien in wat nodig is. Vanuit deze analyse komen we tot drie oplossingsrichtingen die cruciaal zijn om het complexer worden van de zorg- en ondersteuningsvragen te voorkomen onder opgroeiende jongeren die in de toekomst (mogelijk) een VG7-indicatie nodig hebben of er al één hebben. Daarmee betreffen deze oplossingsrichtingen een bredere groep dan alleen zij die daadwerkelijk een VG7-indicatie hebben ontvangen of in de toekomst nog gaan ontvangen.

### 6.1 Aanpak oplossingen

Voor de twee reflectiesessies hebben we alle professionals die we geïnterviewd hebben, de mensen uit de begeleidingscommissie en een aantal cliëntvertegenwoordigers en -ondersteuners uitgenodigd. De deelnemers aan de reflectiesessies zijn een afspiegeling van alle partijen die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning voor de doelgroep van het onderzoek (zie bijlage 3). Het doel van de eerste reflectiesessie (12 deelnemers aanwezig) was om oplossingen te formuleren en in de tweede sessie (17 deelnemers aanwezig) hebben we deze oplossingen geprioriteerd.

Voor de eerste reflectiesessie hebben we de factoren die van invloed zijn op de zorg- en ondersteuningsvraag van de jongeren met VG7 – geïdentificeerd aan de hand van de levensreizen en interviews met professionals – gedeeld met de deelnemers (zie tabellen in bijlage 1 en 2). Tijdens de reflectiesessie hebben we besproken voor welke factoren oplossingen te bedenken zijn om verzwaring van de zorg- en ondersteuningsvraag te voorkomen.

Vervolgens hebben we op basis van alle input 18 mogelijke oplossingen beschreven, waar bekend hebben we een aantal voorbeelden en mogelijke actoren die een rol kunnen spelen in het realiseren van de oplossing aangegeven. Ter voorbereiding op de tweede reflectiesessie ontvingen alle deelnemers een overzicht met deze mogelijke oplossingen, waarbij we hen middels een online vragenlijst hebben gevraagd om tot een prioritering te komen. Ook hebben we hen gevraagd een concretiseringslag te maken aan de hand van de volgende vragen:

- Welke vijf oplossingen vind je het belangrijkst?

- In hoeverre draagt de voorgestelde oplossing bij aan het voorkomen van zorgverzwaring? (*impact*)
- Heb je suggesties om de oplossing nog concreter te formuleren zodat deze duidelijk en uitvoerbaar is?
- Welke actoren zijn aan zet om de oplossing te realiseren?
- Op welke termijn is realisatie haalbaar? (*haalbaarheid*)

De vragenlijst is door 12 verschillende partijen ingevuld, waarbij 15 oplossingen minimaal één keer als een van de vijf belangrijkste zijn aangemerkt en vier van de opgestelde oplossingen niet als een van de belangrijkste zijn gekozen. Op basis van deze resultaten hebben we de 18 oplossingen aangevuld en/of geconcretiseerd. In de tabellen in bijlage 4 is hier een uitwerking van te vinden. Zes oplossingen sprongen eruit, omdat deze het meest waren gekozen. Deze zijn te vinden in tabel 3. We hebben ervoor gekozen om in de tweede reflectiesessie de focus te leggen op deze zes oplossingen.

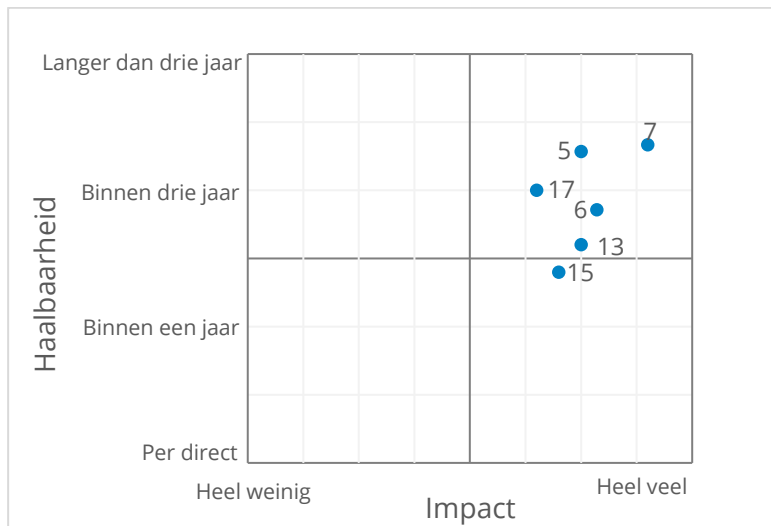
Tabel 3. Meest gekozen oplossingen in de vragenlijst

| Oplossing  | Aantal keer gekozen |
|--|---------------------|
| 5. Zorg voor aanbod vanuit de Jeugdzorg dat gericht is op de combinatie van verstandelijke beperking en gedragsproblematiek  | 7                   |
| 6. Zorg voor tijdige instroom in de Wlz voor jongeren uit deze doelgroep die voldoen aan de criteria van de Wlz en waarbij het aanbod uit de Jeugdzorg niet aansluit | 7                   |
| 15. Stel cliëntondersteuning voor langere tijd beschikbaar, zodat één persoon betrokken is en de ontwikkeling van het kind goed kent                                 | 6                   |

LJ/25/0969/ivg7

| Oplossing   | Aantal keer gekozen |
|---|---------------------|
| 13. Maak integrale vroeghulp (bij gezinnen waar sprake is van risico op hechtingsproblematiek en trauma's door bijvoorbeeld vroeggeboorte/moeilijke start of problemen bij ouders) meer bekend en zorg dat dit meer wordt ingezet | 5                   |
| 7. Zorg dat jongeren die ergens intramuraal gaan wonen, niet meer hoeven te verhuizen   | 5                   |
| 17. Creëer meer mogelijkheden voor en faciliteer ouders bij respijtzorg   | 5                   |

De scores met betrekking tot de impact en haalbaarheid van de zes meest gekozen oplossingen staan weergegeven in figuur 14. Wat opvalt is dat ze volgens de respondenten allemaal veel impact hebben, maar dat niets binnen één jaar haalbaar is. Dit was ook het geval voor de overige 12 oplossingen.



Figuur 14. Impact en haalbaarheid meest gekozen oplossingen (oplossing nr. 5, 6, 7, 13, 15, 17 uit tabel 4)

Tijdens de tweede reflectiesessie hebben we de zes meest gekozen oplossingen besproken en met elkaar gezocht naar een verdere concretisering en manieren om de oplossingen sneller te realiseren. Op basis van deze reflectiesessies, aangevuld met de andere bevindingen uit ons onderzoek, komen we uit op één randvoorwaarde (= regievoering) en drie oplossingsrichtingen:

- vroegtijdig signaleren,
  - de juiste context bieden,
  - het systeem van de jongere ondersteunen,
- die we in de volgende twee paragrafen concreet uitwerken.

## 6.2 Randvoorwaarde

Eerst staan we stil bij een belangrijke randvoorwaarde waaraan voldaan moet worden voordat de drie oplossingsrichtingen gerealiseerd kunnen worden:

### Aanbeveling: Zorg voor regie op de zorg- en ondersteuning

#### Regievoering

Wanneer sprake is van multiproblematiek, zijn meerdere partijen betrokken die ieder vanuit hun eigen rol een bijdrage leveren aan de zorg en ondersteuning. Om vroegtijdig te signaleren, de juiste context te bieden en het systeem van de jongere te ondersteunen, is het belangrijk dat zij samenwerken, vanuit een integrale aanpak. Om een goede basis neer te zetten voor deze integrale aanpak is het in ieder geval van belang dat:



- naast de ouders en het kind een *cliëntondersteuner* staat, met de juiste kennis en expertise, die hen ondersteunt en hun belangen behartigt. Een cliëntondersteuner bekijkt samen met de ouders wat nodig is op de verschillende leefdomeinen en helpt hen dit te organiseren. Dit kan een cliëntondersteuner zijn die wordt ingezet vanuit de gemeente of het zorgkantoor of een gespecialiseerde cliëntondersteuner van [Metgezel](#).
- *er regie is op de behandeling*. Dat houdt in dat als meerdere behandelaars betrokken zijn één van de behandelaars als regiebehandelaar wordt aangesteld. Deze zorgt voor afstemming tussen de behandelaars en is het centrale aanspreekpunt voor de ouders met betrekking tot de behandeling.

Als blijkt dat het hiermee - alle leefdoeinen beschouwend – niet lukt om voor de jongere een passende, integrale aanpak te realiseren, is het nodig dat de gemeente verantwoordelijkheid neemt en zorgt voor iemand die regie voert op de verschillende leefdoeinen. In dat soort situaties wordt de hulpvraag niet goed gehoord en zit er onder de situatie een essentiële basis die niet werkt. Om dit te doorbreken moet er iemand zijn die aangeeft dat een andere aanpak en andere expertise nodig is. In dit kader verwijzen we naar de ervaringen in het zorg- en veiligheidsdomein waar soortgelijke problemen spelen en waar de Aanpak ter Voorkoming van Escalatie (AVE) inmiddels binnen tal van gemeenten succesvol is toegepast. De aanpak beschrijft de verschillende rollen, taken en verantwoordelijkheden binnen de keten van zorg- en veiligheid waarbij de inzet van een casus- en procesregisseur centraal staat. Door deze regisseurs in te zetten voor deze doelgroep kan vroegtijdige signalering plaatsvinden, en kan samenwerking en een passende integrale aanpak worden gerealiseerd.

### Beschrijving casusregisseur en procesregisseur

De *casusregisseur* heeft een regierol op het niveau van de ondersteuning van een persoon of gezin en monitort het inhoudelijke plan van aanpak op alle levensgebieden. Dit doet hij in afstemming en samenwerking met de professionals betrokken bij de casus. De casusregisseur is verantwoordelijk voor het realiseren van passende ondersteuning aan de jongere en zijn/haar systeem, monitort het proces van begin tot eind en is bevoegd om procesinterventies (zoals een Multi Disciplinair Overleg) in te zetten. De casusregisseur is het aanspreekpunt voor de jongere en zijn/haar (gezins-)systeem maar ook voor de betrokken professionals.

De *procesregisseur* coördineert en stuurt overstijgend op het niveau van samenwerking tussen meerdere partijen bij complexe domein-overstijgende problematiek en heeft geen direct contact met de jongere en zijn/haar systeem. De procesregie ligt op het niveau van de samenwerkende organisaties en de procesregisseur stuurt op het resultaat van de zorg en ondersteuning.

*Ter illustratie: de professionals die betrokken zijn bij een casus maken allemaal foto's en de casusregisseur bewaakt de film. Een behandelaar werkt bijvoorbeeld vanuit specifieke expertise aan specifieke doelen. Als de jongere overlast veroorzaakt en de politie belt met een signaal dat het niet goed gaat met de jongere zal de behandelaar daar mogelijk niet zoveel mee doen. De casusregisseur roept dan partijen bijeen en zorgt ervoor dat vanuit 1 integraal plan wordt gewerkt over de domeinen heen (de regie-behandelaar is dan één van de partijen, evenals de cliëntondersteuner). Indien sprake blijkt van samenwerkingsproblemen spreekt de procesregisseur organisaties hierop aan om te komen tot verbetering.*

Voor het inzetten van casus- en procesregie is het nodig dat alle partijen die betrokken zijn bij een jongere hun rollen, taken en verantwoordelijkheden met elkaar bespreken en hier afspraken over maken. Ook moet worden verkend welke functionaris de rol van casusregisseur en de rol van procesregisseur kan vervullen. Denk hierbij aan consultants uit de lokale teams (zie de beweging naar Stevige lokale teams van de VNG).

Het resultaat van goede regievoering is dat alle betrokkenen goed samenwerken. En goede samenwerking op zowel casusniveau als organisatieniveau is essentieel om tot passende zorg te kunnen komen voor de doelgroep van dit onderzoek.

Trekkers: professionals, stevige lokale teams, VNG en gemeenten  
Deelnemers: zorgaanbieders, CCE, RET, ervaringsdeskundigen

### 6.3 Drie cruciale oplossingsrichtingen

Als we alle bevindingen overzien, komen we tot drie cruciale oplossingsrichtingen die essentieel zijn om onnodige verzwaring van de zorg- en ondersteuningsvraag van jongeren, en daarmee directe instroom in de Wlz met een VG7, te voorkomen:

- a. **Vroegtijdig signaleren,**
- b. **De juiste context bieden,**
- c. **Het systeem van de jongere ondersteunen.**

In deze paragraaf lichten we deze oplossingsrichtingen toe en doen we aanbevelingen en voorstellen voor concrete acties, inclusief welke actoren aan zet zijn. We maken bij de actoren onderscheid tussen trekkers en deelnemers. Met trekkers bedoelen we de initiatiefnemers die met de acties aan de slag moeten. Deelnemers zijn partijen die betrokken moeten worden bij de uitvoering. Omdat ouders en het gezinssysteem bij elke actie betrokken zijn, benoemen we deze niet als individuele actor.

#### ad a. Vroegtijdig signaleren

Het te laat inzetten van passende zorg en ondersteuning kan zorgen voor een verzwaring van de zorg- en ondersteuningsvraag bij de doelgroep. Door vroegtijdige signalering van problematiek bij opgroeiende jongeren uit de doelgroep, kan in een eerder stadium passende zorg en ondersteuning worden geleverd aan de jongere en zijn/haar systeem. Een methode die wordt ingezet om vroegtijdig passende zorg en ondersteuning te leveren is de inzet van Integrale Vroeghulp bij gezinnen waar sprake is van risico op hechtingsproblematiek



en trauma's. Hoewel Integrale Vroeghulp al bestaat, blijkt dat dit in de praktijk niet altijd wordt ingezet, en dat in de uitvoering veel variatie is tussen gemeenten. VWS laat daarom onderzoek uitvoeren hoe Integrale Vroeghulp nu door gemeenten wordt ingezet en laat een beschrijving van Integrale Vroeghulp en een implementatieplan voor gemeenten maken. Daarnaast is de Verklarende Analyse zoals beschreven in de Hervormingsagenda jeugd 2023-2028 een belangrijk middel voor vroegtijdige signalering. Daarom doen we de volgende aanbeveling:

#### **Aanbeveling: Zorg voor tijdige signalering van zorg- en ondersteuningsbehoeften bij opgroeiende jongeren en hun systeem.**

Om dit te realiseren, zijn in ieder geval twee acties van belang:

1. *Geef Integrale Vroeghulp meer bekendheid bij de relevante partijen.*  
 Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) werkt op basis van een subsidie van het ministerie van VWS aan kennisdeling en een implementatieplan. Dit zal naar verwachting goede handvatten geven om de Integrale Vroeghulp meer bekendheid te kunnen geven. Er zijn al initiatieven waarbij jeugdconsulenten van de gemeente structureel bij de huisarts, het consultatiebureau, op basisscholen en bij de kinderopvang aanwezig zijn. Benut deze mensen om Integrale Vroeghulp bij deze partijen onder de aandacht te brengen.

Trekkers: VWS, NCJ, VNG en gemeenten

Deelnemers: Kinderartsen, huisartsen, consultatiebureaus, kinderopvang, school, GGD, Jeugdzorg, ervaringsdeskundigen

2. *Zorg dat bij complexe casuïstiek vaker een verklarende analyse wordt gedaan om integraal inzicht te verkrijgen in wat er aan de hand is (inclusief onderliggende patronen en interacties tussen leefdomeinen), door welke omstandigheden en invloeden het wordt veroorzaakt en wat op basis daarvan nodig is.*

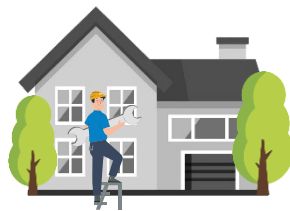
Bij de verklarende analyse wordt gekeken naar zowel de persoonskenmerken van de jongere als de kenmerken van de context (zoals ouders, gezin en school). Er zijn verschillende formats beschikbaar (zoals het Molendrift model of het 7-factorenmodel van Bureau Peers) die helpen bij het maken van een verklarende analyse. Door deze methodische aanpak komen betrokkenen tot de vraag wie de zorgvraag het beste kan beantwoorden. Hierdoor komen andere partijen in beeld en kijken partijen voorbij hun eigen bril.

Trekkers: professionals, VNG en stevige lokale teams

Deelnemers: zorgaanbieders, CCE, RET, BEN, ervaringsdeskundigen

### **Ad b. De juiste context bieden**

Door een context te bieden die aansluit bij de behoeften van de jongere, kan verzwaring van de zorg- en ondersteuningsvraag worden voorkomen of uitgesteld. In eerdere onderzoeken is al veel aandacht geweest voor wat een goede context is voor mensen met een VG7-indicatie, zoals de Leidraad persoonsgerichte zorg. Toch lukt het vaak niet om (vroegtijdig) de juiste context te creëren voor de doelgroep. De oplossing wordt dan vaak gezocht in een andere woonplek, in plaats van het aanpassen van de context. Daarom geven we de volgende aanbeveling:



### **Aanbeveling: Zorg dat jongeren zo min mogelijk verhuizen, door de context aan te passen aan de behoeften van de jongere.**

Het bieden van de juiste context begint al op jonge leeftijd, en speelt de rest van het leven een belangrijke rol. Dit begint in de thuissituatie, waar door het gezin, samen met zowel formele als informele hulp, een houdbare situatie moet worden gecreëerd. Wanneer thuis wonen ondanks deze hulp niet meer passend is, kan een intramurale woonplek beter passend zijn. Ook hier is het van belang dat de woonomgeving goed past bij de behoeften van de jongere, zowel qua type aanbod als de omgang van zorgprofessionals met de jongere. Het is van belang dat eerst wordt gekeken naar hoe een woonplek passend gemaakt kan worden, en niet direct te kijken naar doorplaatsing.

Om dit te realiseren zijn in ieder geval op vier onderdelen acties nodig:

1. *Zorg dat alle professionals die met deze doelgroep werken goed om kunnen gaan met de specifieke zorg- en ondersteuningsbehoefte.*  
Vergroot hiervoor de kennis en expertise over deze doelgroep bij professionals in de Jeugdzorg, de gehandicaptenzorg, het speciaal onderwijs en bij medewerkers van de gemeenten. Om te zorgen dat de professionals betrokken bij de doelgroep een positieve bijdrage leveren aan de context van de jongeren kunnen de volgende acties worden uitgezet:
  - a. *Zorg dat de kennis bij gemeenten en professionals in de jeugdzorg over deze doelgroep en de Wlz wordt vergroot.*  
Om de jongeren met complexe zorgvragen tijdig de juiste zorg en ondersteuning te bieden, is het cruciaal dat medewerkers van

gemeenten en professionals in de jeugdzorg over de juiste kennis beschikken. In veel gevallen zijn ze nog *onbewust onbekwaam*: zij zijn zich niet altijd bewust van de specifieke kenmerken en behoeften van deze doelgroep, of van de mogelijkheden binnen de Wet langdurige zorg (Wlz). Door gericht in te zetten op kennisontwikkeling kunnen zij *bewust onbekwaam* worden en actief op zoek gaan naar de juiste expertise en samenwerking. Een goed functionerende kennisstructuur speelt hierin een sleutelrol. De jeugdzorg beschikt al over een kennisinfrastructuur waarbij het van belang is dat deze optimaal wordt benut en verder wordt versterkt waar nodig:

- i. *Lokaal niveau*: de inzet van gemeentelijke jeugdteams en jeugdzorgprofessionals die basiskennis hebben over de doelgroep en beschikbare zorg en verklarende analyses uitvoeren.
- ii. *Regionaal niveau*: de inzet van de Regionale Expert Teams (RET's) bij jongeren op casusniveau door de inbreng van gespecialiseerde expertise bij complexe casussen en regulier overleg met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) over de inzet bij complexe gedragsproblemen.
- iii. *Bovenregionaal niveau*: de inzet van de Bovenregionale Expertisenetwerken (BEN's) bij het ondersteunen van samenwerkingsinitiatieven, het bundelen van overstijgende kennis, het stimuleren van professionals in het lerend werken en hen faciliteren bij verklarende analyses en het zoeken van verbinding met zorgkantoren en landelijke programma's.
- iv. *Landelijk niveau*: de verspreiding van resultaten en goede voorbeelden uit landelijke trajecten die het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) uitvoert en relevant zijn voor de

doelgroep van dit onderzoek. Door Kwaliteit Blijvend Leren (KBL) – een netwerk dat zich richt op het landelijk delen van goede initiatieven en het versterken van de jeugdhulp – actief te betrekken bij ontwikkelingen rondom deze doelgroep kan worden gezorgd voor een duurzame borging van kennisdeling. Ook de VNG, Jeugdzorg Nederland en de VGN kunnen bijdragen aan de verspreiding en implementatie van kennis.

Om de juiste kennis te verzamelen en toegankelijk te maken is het van belang om:

- v. *een handreiking te ontwikkelen* voor gemeenten en jeugdzorgprofessionals met concrete handvatten over deze doelgroep: hun kenmerken, benodigde ondersteuning en manieren om escalatie van hulpvragen te voorkomen, waarbij gebruik is gemaakt van bestaande informatiebronnen en praktijkervaringen uit de Wlz-sector (zie de [Wegwijzer Complexe Zorg](#)) en Jeugdwet-sector en met betrokkenheid van ervaringsdeskundigen tot stand is gekomen;
- vi. *kennisdeling via casuïstiekbesprekingen te stimuleren*, waarin gebruik wordt gemaakt van goede voorbeelden en eventueel het [Crisis Ondersteuningsteam \(C.O.T.\)](#).
- vii. *bestaande netwerken te gebruiken*: laat partijen zoals BEN, RET, CCE, KBL en OZJ samenwerken aan het opstellen en implementeren van de handreiking.

Door deze structuur goed te benutten en kennis op de juiste plekken te verankeren, wordt het mogelijk om eerder te signaleren, sneller de juiste expertise in te schakelen en passende zorg te

bieden aan jongeren die dit het hardst nodig hebben.

- b. *Zorg dat zorgprofessionals de doelgroep op een juiste manier bejegenen.* De handreiking voor het omgaan met jongeren met een combinatie van een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek (zoals beschreven onder de vorige actie) kan hiervoor een goed handvat bieden voor zorgprofessionals.
- c. *Zorg dat er zoveel mogelijk continuïteit is binnen de teams en ruimte is voor alle stemmen van de teamleden.* Het is van belang dat zorgaanbieders (voor lange tijd) zorgprofessionals aan zich weten te binden (waarmee het personeel niet in loondienst (PNIL) zo beperkt mogelijk wordt gehouden), zodat de kennis van en ervaring met de doelgroep opgebouwd en behouden kan worden. Bovendien is dit noodzakelijk om een band met de individuele cliënten op te bouwen en te leren wat juiste bejegening voor hen inhoudt. Daarnaast blijkt onder andere uit het onderzoeksrapport 'hoe het lukt' dat het van belang is om de organisatie en teams zodanig in te richten dat je altijd weet wat je van elkaar kunt verwachten en door elkaar wordt gesteund (en die visie, waarden en deskundigheid is doorleefd in de gehele organisatie).

Trekkers: Gemeenten, VNG, jeugdzorgaanbieders, VG-aanbieders  
Deelnemers: Zorgkantoren, CCE, RET, BEN, KBL, VWS, ervaringsdeskundigen

2. *Breid het aanbod in de Jeugdzorg uit voor jongeren met een combinatie van een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek.*

Het grootste deel van de jongeren uit de doelgroep heeft, voorafgaand aan de VG7-indicatie, zorg en/of ondersteuning vanuit de Jeugdwet ontvangen. Het aanbod in de Jeugdzorg is niet altijd passend voor mensen met een verstandelijke beperking in combinatie met moeilijk verstaanbaar gedrag. Gemeenten dienen aanvullend zorg in te kopen bij zorgaanbieders die zich richten op de sociaal emotionele ontwikkeling voor de doelgroep. Om dit te kunnen bereiken is samenwerking in de regio cruciaal, vanwege de kleine doelgroep.

Trekkers: Gemeenten, VNG, zorgaanbieders (voor jeugd, VG en GGZ)  
Deelnemers: Zorgkantoren, OZJ, RET, BEN, CCE, ervaringsdeskundigen

3. *Zorg dat er structureel passende woonplekken bijkomen, zodat degenen die nu op een passende plek zitten niet hoeven te verhuizen en er passende plekken zijn voor instromende jongeren.*

Als jongeren eenmaal op een passende plek zitten, is het de bedoeling dat ze hier zo lang mogelijk kunnen blijven wonen. Hierdoor is er weinig uitstroom bij deze plekken. Hoewel de instroom de afgelopen jaren is afgenomen (en de aanname is dat dit verder zal afnemen als vaker vroegtijdig passende zorg- en ondersteuning wordt geboden) is de verwachting van de partijen in de praktijk dat de komende jaren nog wel een groeiende behoefte zal bestaan aan nieuwe plekken om de doelgroep te kunnen blijven plaatsen. Hierbij is het van belang dat het zorgkantoren en gemeenten hiervoor bij de inkoop voldoende middelen beschikbaar stellen. Om vervolgens de bezetting van en behoefte aan passende woonplekken goed te kunnen monitoren is het van belang om landelijk zicht te krijgen op de bestaande plekken (hoe

veel en waar deze zitten) en bijbehorende wachtlijsten voor de doelgroep waarbij geen sprake is van dubbelingen.

Trekkers: Zorgkantoren, zorgaanbieders, VNG, gemeenten

Deelnemers: VWS, ervaringsdeskundigen

4. *Zorg voor meer duidelijkheid over wanneer instroom in de Wlz mogelijk en wenselijk is.*

Vanuit de praktijk bestaat de indruk dat het hebben van minimale ontwikkelmogelijkheden een knelpunt is voor toegang tot de Wlz. Echter, jongeren hebben recht op de Wlz als ze blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben, ook als er nog ontwikkelmogelijkheden op andere terreinen dan de blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Het is van belang om beter te communiceren over wanneer instroom in de Wlz mogelijk en wenselijk is. Hierbij is het van belang om eerst vast te stellen wat de passende zorg en ondersteuning voor de jongere is, en dan te kijken op welke wijze dit moet worden bekostigd. Hierbij dient ook aandacht te zijn voor de knelpunten die spelen bij de overgang naar de Wlz. Bij veel jongeren uit de doelgroep gebeurt deze overgang bij 18 jaar, omdat de Jeugdwet dan stopt. Als zij op dit moment bij een zorginstelling wonen die geen Wlz-toekenning heeft, stopt de huidige zorg. Er dient voldoende aandacht zijn voor deze overgang, door vroegtijdige afstemming tussen zorgaanbieders, zorgkantoren en gemeenten als een overgang naar de Wlz in de toekomst te verwachten is.

Trekkers: CIZ, zorgaanbieders, VNG, gemeenten, zorgkantoren

Deelnemers: VWS, ervaringsdeskundigen

**Ad c. Het systeem van de jongere ondersteunen**

Bij deze doelgroep speelt het systeem (met onder andere ouders, broers, zussen en andere familie) van de jongere een grote rol en wordt veel van hen gevraagd en verwacht. Hoe beter zij ondersteund worden in deze rol en hun persoonlijke situatie (bijvoorbeeld schulden), hoe langer zij de zorg en ondersteuning kunnen volhouden. Deze ondersteuning kan bijvoorbeeld geboden worden via respijtzorg of cliëntondersteuning, of door het netwerk. Het is van belang om de behoeften van het systeem goed te onderzoeken en hier maatwerk op te leveren. We geven hiervoor de volgende aanbeveling:



**Aanbeveling: Creëer meer mogelijkheden voor en faciliteer ouders bij hun ondersteunings- of maatwerkbehoefte.**

Hier zijn in ieder geval vier acties voor nodig:

1. *Stimuleer informele hulp vanuit de maatschappij, door meer lotgenotencontact en samenredzaamheid*

Naast formele ondersteuning voor ouders is het ook goed om de informele ondersteuning vanuit de maatschappij te stimuleren, door in te zetten op samenredzaamheid en lotgenotencontact.

Door het voor de omgeving laagdrempeliger te maken om hulp aan te bieden en ook makkelijker te maken om hulp te vragen kan de samenredzaamheid van de maatschappij vergroot worden. Meer inclusie op het onderwijs zou hier bijvoorbeeld aan bij kunnen dragen. Doordat kinderen vanuit deze doelgroep vaak naar speciaal onderwijs gaan, ontbreekt laagdrempelig contact met andere ouders waardoor

de kinderen en hun ouders in een isolement kunnen komen. Met meer inclusief onderwijs kan dit tegen worden gegaan door bijvoorbeeld meer mogelijkheden te bieden voor zorg in onderwijstijd en Samen Naar School Klassen.

Daarnaast kan uitwisseling van ervaringen tussen ouders van de doelgroep een groot verschil maken. Een mogelijkheid om dit te stimuleren is het opzetten van langdurige steunstructuren in de eigen omgeving. Zo kunnen gezinnen (met vergelijkbare problematiek) elkaar helpen, en ervaringen of ideeën uitwisselen met elkaar. Voorbeelden hiervan zijn Steungezinnen, Steun door jou, Moeders momentje en Mockingbird. Ook kunnen mensen uit de eigen omgeving de rol van een vast steunfiguur vervullen, zoals JIM, Jouw Ingebrachte Mentor.

Trekkers: Gemeenten, VNG, VWS, onderwijs

Deelnemers: Mensen in de directe omgeving van de jongere, ervaringsdeskundigen

## 2. *Vergroot de bekendheid van cliëntondersteuning en zorg dat gemeenten en zorgkantoren dit passend inzetten*

Er zijn allerlei mogelijkheden voor het inzetten van cliëntondersteuning, maar dit lijkt niet altijd te gebeuren omdat het niet bekend is of omdat gemeenten er niet (voldoende) op wijzen. Het is daarom nodig om de bekendheid te vergroten en gemeenten te stimuleren om cliëntondersteuning, waar passend, vaker en langdurig in te zetten. Er zijn diverse gemeenten die dit al doen met de Regeling specifieke uitkering versterking cliëntondersteuning. Als iemand naar de Wlz gaat, wordt cliëntondersteuning vanuit het zorgkantoor aangeboden.

Verder kan door middel van een Metgezel specialistische cliëntondersteuning domeinoverstijgend worden ingezet (deze wordt niet betaald vanuit de Jeugdwet of Wlz maar vanuit een subsidie van het ministerie van VWS).

Trekkers: Gemeenten, zorgkantoren

Deelnemers: VWS, zorgverzekeraar, cliëntondersteuners, huisartsen, ervaringsdeskundigen

## 3. *Zorg voor meer passende logeerplekken voor deze doelgroep*

Evenals in andere zorgdomein zijn in de gehandicaptenzorg weinig mogelijkheden voor logeerplekken, terwijl deze voor veel ontlasting van de ouders, broers en zussen van de jongere kunnen zorgen. Als er al plekken beschikbaar zijn, zijn deze vaak niet passend voor deze doelgroep, omdat bijvoorbeeld gebruik wordt gemaakt van uitluisterapparatuur, terwijl de doelgroep 24 uren zorg in de nabijheid nodig heeft. De bekostiging van logeerplekken is in de Jeugdwet, Wmo en Wlz vaak niet toereikend voor aanbieders. We bevelen aan om te onderzoeken wat nodig is om het voor zorgaanbieders aantrekkelijker te maken om passende logeerszorg voor deze doelgroep aan te bieden. Hierbij is het goed om te kijken naar initiatieven voor bezetting van logeerplekken op doordeweekse dagen zodat de bekostiging eerder toereikend wordt. Daarnaast kunnen zorgkantoren na inwerking-treding van de wet DOS op basis van deze wet nieuwe vormen van logeerszorg bekostigen voor de groep jongeren die nog geen Wlz-indicatie hebben, maar wel behoefte hebben aan respijtzorg.

Trekkers: Zorgaanbieders, VNG, gemeenten, zorgkantoren

Deelnemers: VWS, ervaringsdeskundigen

4. *Zorg voor meer passende dagbestedingsplekken en buitenschoolse opvang (BSO) voor deze doelgroep*

Als jongeren uit de doelgroep niet (meer) naar school gaan, is het van belang dat er andere passende dagbesteding is. Dit is niet altijd beschikbaar. Bij het speciaal onderwijs bijvoorbeeld is (in tegenstelling tot regulier onderwijs) geen verplichting voor het aanbieden van BSO, waardoor ouders extra belast worden en in de knel kunnen komen met hun werk of het runnen van hun gezin. Door dit in te vullen op een manier die aansluit bij hun niveau, interesses en competenties, kan het bijdragen aan een juiste context voor de doelgroep wat een positieve invloed heeft op de zorg- en ondersteuningsvraag. Omdat dagbesteding en BSO de ouders (en eventuele broers en zussen) ontlast én kan bijdragen aan de juiste context bevelen we aan om nader te verkennen welke mogelijkheden er zijn om meer passende dagbestedingsplekken of buitenschoolse opvang te realiseren voor deze doelgroep.

Trekkers: Zorgaanbieders, VNG, gemeenten, zorgkantoren, speciaal onderwijs

Deelnemers: VWS, ervaringsdeskundigen

Voor een totaaloverzicht van de oplossingsrichtingen en acties verwijzen we naar de factsheet op de volgende pagina.

# Voorkomen zorgverzwaring opgroeiende jongeren VG7

*Drie cruciale oplossingsrichtingen en concrete acties, met als randvoorwaarde regievoering*

## Regievoering

*Zorg dat de partijen betrokken bij multiproblematiek goed samenwerken, en zet casus- en procesregie in als dit niet goed functioneert en niet resulteert in een passende, integrale aanpak*



## Vroegtijdig signaleren

*Zorg voor tijdige signalering van zorg- en ondersteunings-behoeften bij opgroeiende jongeren en hun systeem*

- Geef Integrale Vroeghulp meer bekendheid bij de relevante partijen
- Zorg dat vaker een verklarende analyse wordt gedaan om integraal inzicht te verkrijgen in wat er aan de hand is, door welke omstandigheden en invloeden het wordt veroorzaakt en wat op basis daarvan nodig is



## Het systeem van de jongere ondersteunen

*Creëer meer mogelijkheden voor en faciliteer ouders bij hun ondersteunings- of maatwerkbehoefte*

- Stimuleer informele hulp vanuit de maatschappij, door meer lotgenotencontact en samenredzaamheid
- Vergroot de bekendheid van cliëntondersteuning en zorg dat gemeenten en zorgkantoren dit passend inzetten
- Zorg voor meer passende logeerplekken voor deze doelgroep
- Zorg voor meer passende dagbestedingsplekken en BSO voor deze doelgroep



Opgroeiende jongere en ouders

## De juiste context bieden

*Zorg dat jongeren zo min mogelijk verhuizen, door de context aan te passen aan de behoeften van de jongere*

- Zorg dat alle professionals die met deze doelgroep werken goed om kunnen gaan met de specifieke zorg- en ondersteuningsbehoefte, door kennis bij professionals in de jeugdzorg te vergroten, te zorgen voor een juiste manier van bejegenen en continuïteit binnen teams
- Breid het aanbod in de Jeugdzorg uit voor jongeren met een combinatie van een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek
- Zorg dat er structureel passende woonplekken bijkomen, zodat degenen die nu op een passende plek zitten niet hoeven te verhuizen en er passende plekken zijn voor instromende jongeren
- Zorg voor meer duidelijkheid over wanneer instroom in de Wlz mogelijk en wenselijk is en voor een soepele overgang tussen de Jeugdwet en Wlz



## Bijlage 1. Toelichting en uitwerking ecologisch model levensreizen

Hieronder lichten we toe hoe de verschillende systemen van het ecologisch model vertalen naar de jongeren met een VG7-indicatie. Hierbij geven we cursief de naam weer die Vanessa Olivier-Pijpers gebruikt in haar model.

### De jongere

*Het ontosysteem*

De vaardigheden en het gedrag van de jongere met VG7. Bij deze jongeren staat het negatieve gedrag vaak op de voorgrond in contact met anderen, terwijl ze veel mogelijkheden hebben.



### Contact met directe omgeving

*Het microsysteem*

De directe interactie tussen de jongere met VG7 en de omgeving. Bijvoorbeeld met een familielid, begeleider of leeftijdsgenoot.



### Directe omgeving onderling

*Het mesosysteem*

De relatie tussen de verschillende microsystemen, bijvoorbeeld overleg tussen familieleden en begeleiders, of zorgverleners onderling.



### Betrokken organisaties

*Het exosysteem*

De zorgorganisatie waar de jongere deel van uitmaakt. De jongere heeft geen directe interactie met de zorgorganisatie, maar beslissingen op dit niveau beïnvloeden wel zijn microsysteem.



### Samenleving als geheel


*Het macrosysteem*



De zorgorganisatie is onderdeel van de samenleving als geheel, waar de maatschappelijke opvattingen over langdurige zorg, wetten en bekostigingssystemen bepalen wat en hoeveel een organisatie kan doen om de jongere te helpen.

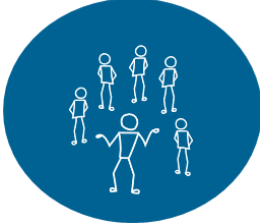



De factoren die een positieve of negatieve invloed hebben (gehad) op de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de jongeren waarvan we de levensreis opgehaald hebben, hebben we hieronder weergegeven in het ecologisch model (Tabel B1). De getallen tussen haakjes laten zien als een factor in meerdere levensreizen naar voren kwam.

Tabel B1. Factoren van invloed op zorg- en ondersteuningsbehoefte per systeem, vanuit levensreizen

| Positieve factoren  | Systeem   | Negatieve factoren  |
|---|---|---|
| <p>+ Passende zorg en ondersteuning kunnen leveren door bekostiging van VG7-indicatie (2)</p> |  <p><b>Samenleving als geheel</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bepaalde flexibiliteit in wet- en regelgeving (2)<br/><i>Bijv. strikte eis CEP-score voor indicatie (zie William)</i></li> <li>- Tekort aan woonplekken voor mensen met gedragsmatige en zorgintensieve ondersteuningsbehoefte (2)</li> <li>- Geen passend onderwijs voor mensen met gedragsmatige ondersteuningsbehoefte</li> <li>- Onzekerheid en belasting bij ouders door tijdelijkheid van Meezorg</li> <li>- Niet kunnen behouden van Meezorg bij stabiele situatie</li> </ul> |

| Positieve factoren   | Systeem  | Negatieve factoren  |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Kleinschalig en prikkelarm dagbestedingsaanbod (2)</li> <li>+ Flexibiliteit bij partijen in uitvoeren van wet- en regelgeving (2)<br/><i>Bijv. uitzondering gemaakt voor onderwijs op dagbesteding (zie Jonah)</i></li> <li>+ Samenwerking tussen school en zorgorganisatie (2)<br/><i>Bijv. begeleiding op school vanuit zorgorganisatie (zie William)</i></li> <li>+ Mogelijkheid om zorg op en af te schalen</li> <li>+ Beschermende woonomgeving<br/><i>Bijv. weghouden bij alcohol en drugs (zie Jessica)</i></li> <li>+ Extern vervoer naar daginvulling</li> </ul> |  <p><b>Betrokken organisaties</b></p>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vele verhuizingen door niet passende / onveilige plek of crisisonames (3)</li> <li>- Personeelstekort (3)</li> <li>- Wachttijden voor behandeling (2)</li> <li>- Grootschalig woonaanbod waar problematiek bij elkaar komt</li> <li>- Zorgdossier niet op orde voor indicatieaanvraag</li> <li>- Bewoners uitluisteren in nachtzorg in plaats van slaapdiensten om financiële redenen</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Respijtzorg om ouders te ontlasten (4)</li> <li>+ Professionele ondersteuning voor naasten zelf (3)</li> <li>+ Ondersteuning naasten bij wegwijs maken in zorgstelsel en bij organiseren van zorg (3)</li> <li>+ Begeleiding van zorgverlener op school (2)</li> <li>+ Sterk sociaal netwerk ouders (2)</li> <li>+ Inzet door zorgorganisatie van externe expertise bij moeilijk verstaanbaar gedrag (2)</li> <li>+ Rustige en veilige buurt</li> <li>+ Ervaringen uitwisselingen met andere ouders</li> </ul>  |  <p><b>Directe omgeving onderling</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Over)belasting van het gezin door de zorgbehoefte (4)</li> <li>- Geen ondersteuning naasten bij wegwijs maken in zorgstelsel en ondersteunen bij organiseren van zorg (3)</li> <li>- Geen afstemming tussen zorgverleners (3)</li> <li>- Ouders worden niet gehoord door de zorgorganisatie (3)</li> <li>- Scheiding van ouders en eventuele nieuwe relaties van ouders (2)</li> <li>- Ouder die er alleen voor staat</li> <li>- Zorgmijdende ouders</li> <li>- Ouders kunnen moeilijk omgaan met gedrag</li> </ul> |

| Positieve factoren  | Systeem   | Negatieve factoren   |
|---|---|--|
| <p><b>Ouders/gezin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Stabiele en veilige thuissituatie (5)</li> <li>+ Lange tijd thuis kunnen wonen (3)</li> <li>+ Goede vroegtijdige hechting bij (niet-biologische) ouders</li> </ul> <p><b>Ouders &amp; professionals</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Onvoorwaardelijke steun (6)</li> <li>+ Eén-op-één begeleiding (4)</li> <li>+ Ruimte voor eigen regie (2)</li> <li>+ Acceptatie van autoriteit vanuit jongere</li> <li>+ Niet reguliere hulpvormen (zoals hulphond en dolfijnentraining) bij omgaan met emoties (3)</li> <li>+ Tijd nemen om gedrag beter te leren begrijpen en ermee om te gaan</li> </ul> <p><b>Professionals</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Vroegtijdige betrokkenheid vanuit organisaties (4)</li> <li>+ Vroegtijdig aanvragen van een Wlz-indicatie</li> <li>+ Vertrouwensband met begeleider(s) (4)</li> <li>+ Stabiele en veilige woonsituatie bij zorgorganisatie (3)</li> <li>+ Stabiliteit in ontvangen zorg (2)</li> <li>+ Verblijf in prikkelarme omgeving</li> <li>+ Escalatie voorkomen door tijdig ingrijpen begeleiders</li> <li>+ Een vast dagprogramma dat structuur biedt (3)</li> <li>+ Begeleiders passen daginvulling aan op behoefte</li> <li>+ Activering van vrijetijdsbesteding</li> <li>+ Extra begeleiding bij (overgang van) daginvulling (4)</li> </ul> |  <p><b>Contact met directe omgeving</b></p> | <p><b>Ouders/gezin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instabiele, onveilige thuissituatie (3)</li> <li>- Middelengebruik tijdens zwangerschap</li> <li>- Verstandelijke beperking of stoornissen bij ouders</li> <li>- Negatieve houding richting hulpverlening</li> <li>- Overlijden van ouder</li> </ul> <p><b>Ouders &amp; professionals</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysiek ingrijpen lastiger bij sterker en zwaarder worden</li> </ul> <p><b>Professionals</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discontinuïteit van zorgverleners (5)</li> <li>- Geen vertrouwensband met begeleiders (2)</li> <li>- Geen begrip voor gedrag vanuit begeleiders</li> <li>- Onveilige woonsituatie bij zorgorganisatie (2)</li> <li>- Wangedrag en disfunctioneren van begeleiders (2)</li> <li>- Te veel prikkels (bij regulier onderwijs, speciaal onderwijs en daginvulling) (5)</li> <li>- Verandering van structuur en onduidelijkheid in daginvulling</li> <li>- Minder effect van zorg door zorg op afstand</li> <li>- Onjuiste bejegening vanuit begeleiders (3)</li> <li>- Onvoldoende ruimte voor eigen regie bieden (2)</li> <li>- Separatie (isoleercel) en fixatie in Jeugdzorg (3)</li> <li>- Beperkt aanbod daginvulling (2)</li> <li>- Beperkte activering van vrijetijdsbesteding</li> <li>- Ingezette zorg is niet toereikend (2)</li> <li>- Geen toegang tot onderwijs tijdens leerplicht</li> </ul> |


| Positieve factoren  | Systeem   | Negatieve factoren  |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Behandeling van onderliggende problematiek (trauma, communicatie en epilepsie) (3)</li> <li>+ (intensieve) gedragstherapie (3)</li> <li>+ Inzet Triple-C methodiek</li> </ul> <p><b>Overig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Vertrouwensband met medebewoners</li> <li>+ Fijn contact met burens</li> </ul> |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onrust door afwezigheid begeleiders 's nachts door vervanging slaapdiensten door uitluisteren</li> <li>- Weinig aandacht voor mogelijke oorzaak moeilijk verstaanbaar gedrag</li> <li>- Onduidelijkheid over passende behandeling (2)</li> <li>- Late diagnose (2)</li> </ul> <p><b>Overig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samenwonen met anderen die storend gedrag vertonen (3)</li> <li>- Overschatting door omgeving (bij LVB) (3)</li> <li>- Negatieve beïnvloeding door anderen (2)</li> <li>- Overlast veroorzaken door gedrag (2)</li> <li>- Seksueel misbruik</li> <li>- Pestgedrag vanuit omgeving</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Weten hoe je je moet uiten en om moet gaan met emoties (5)</li> <li>+ Verbaal en motorisch sterk (2)</li> <li>+ Leergierigheid (2)</li> <li>+ Goede cognitieve vaardigheden</li> <li>+ Loyaliteit voor naasten</li> <li>+ Positieve effecten door inzet medicatie</li> <li>+ Leerbaarheid</li> </ul>                       |  <p><b>Jongere</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diverse stoornissen / aangeboren afwijkingen (6)</li> <li>- Disharmonisch profiel (intelligentieniveau hoog en sociaal emotionele ontwikkeling laag) (3)</li> <li>- Vroeggeboorte (2)</li> <li>- Mensen en situaties verkeerd inschatten (loyaliteit) (2)</li> <li>- Impulsiviteit en onvoorspelbaarheid (2)</li> <li>- Moeite met het uiten van emoties (2)</li> <li>- Puberteit (2)</li> <li>- Ongewenst effect van inzet medicatie (2)</li> <li>- Angsten (2)</li> <li>- Zoeken naar aandacht en nabijheid bij verkeerde personen</li> </ul>  |


| Positieve factoren | Systeem | Negatieve factoren  |
|--------------------|---------|---|
|                    |         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hechtingsproblemen</li> <li>- Ziekte (kort na geboorte)</li> <li>- Suïcidaliteit</li> <li>- Verbale en fysieke agressie</li> <li>- Combinatie van zichzelf overschatten en laag zelfbeeld</li> <li>- Verbaal niet sterk</li> <li>- Veel huilen als baby</li> <li>- (Seksueel) grensoverschrijdend gedrag</li> <li>- Groter en fysiek sterker worden</li> </ul> |

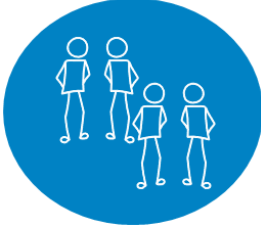

## Bijlage 2. Uitwerking ecologisch model interviews met professionals


Op basis van de bevindingen uit de interviews met diverse professionals (van het CCE, CIZ, BEN's, RET's, OZJ), hebben we in kaart gebracht wat factoren zijn die een positieve of negatieve invloed hebben (gehad) op de zorg- en ondersteuningsbehoefte van jongeren met een VG7-indicatie. Deze factoren hebben we vervolgens gebundeld en op basis van het uitgewerkte ecologisch model van Vanessa Olivier-Pijpers hebben we aangegeven welke factoren een positieve of negatieve invloed hadden per systeem. Dit is weergegeven in Tabel B2.

Tabel B2. Factoren van invloed op zorg- en ondersteuningsbehoefte per systeem, vanuit interviews met professionals

| Positieve factoren  | Systeem  | Negatieve factoren   |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Passende zorg en ondersteuning kunnen leveren door bekostiging van (VG6- en) VG7-indicatie</li> <li>+ Het bestaan van Regionale Expertiseteams (RET's) en Bovenregionale Expertisenetwerk (BEN's) in elke jeugdregio in Nederland met als doel om voor elk kind passende hulp te vinden</li> <li>+ GGZ-woonprofielen zijn aan de Wlz toegevoegd, waardoor er meer mogelijkheden zijn voor een passende plek</li> </ul> | <div style="text-align: center;">  <p><b>Samenleving als geheel</b></p> </div> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afname aanbod respijtzorg door niet kostendekkende tarieven gemeente</li> <li>- Tekort aan (gespecialiseerde) cliëntondersteuners</li> <li>- Systemisch perspectief in de Jeugdzorg ontbreekt (vooral gericht op het kind, niet op de omgeving)</li> <li>- Verschillen in uitvoering Jeugdwet tussen gemeenten</li> <li>- Moeizame overgang van Jeugdwet naar Wlz</li> <li>- Bij overgang van Jeugdwet naar Wlz vallen partijen die betrokken waren vanuit de Jeugdwet weg (zoals het Regionaal Expertiseteam (RET))</li> <li>- Binnen de Wlz kan niet altijd dezelfde zorg en ondersteuning als in de jeugdzorg worden doorgezet (bijv. vanwege financiële redenen)</li> <li>- Tekort aan woonplekken voor jongeren met VB en psychische stoornis in de jeugdzorg, omdat jeugdzorg voornamelijk is gericht op behandeling en de psychische stoornis</li> <li>- Tekort aan woonplekken voor jongeren met VB en psychische stoornis in de Wlz, omdat aanbieders of alleen op de VB of alleen op de psychische stoornis zijn gericht</li> </ul> |

| Positieve factoren | Systeem   | Negatieve factoren   |
|--------------------|---|--|
|                    |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onvoldoende woonplekken door lange wachtlijsten in de VG-sector</li> <li>- De Jeugdzorg is ingericht op behandeling, zo licht mogelijk en op psychische stoornissen, terwijl dit bij de doelgroep vaak voor overvraging zorgt</li> <li>- Moeilijk om onvoorwaardelijkheid te bieden binnen de Jeugdwet</li> <li>- Frequent opnieuw de zorg en ondersteuningsbehoefte moeten aantonen in de Jeugdzorg zorgt voor onrust bij jongere en/of ouders</li> <li>- Vanuit maatschappij minder tolerantie voor afwijkend gedrag en dat alles maakbaar moet zijn</li> <li>- Streven naar zo lang mogelijk thuis wonen is niet voor iedereen passend</li> <li>- Veel ministeries betrokken bij kinderen en afstemming ontbreekt</li> </ul> |
| +                  |  <p><b>Betrokken organisaties</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personeelstekort</li> <li>- Terughoudendheid bij zorgorganisatie bij opname van jongeren met label 'moeilijk gedrag', waardoor vaker onterecht een VG6-indicatie wordt aangevraagd om een plek te vinden</li> <li>- Fysieke omgeving biedt te weinig beweegruimte</li> </ul>  |

| Positieve factoren   | Systeem  | Negatieve factoren  |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Vroegtijdige doorverwijzing en samenwerking</li> <li>+ Respijtzorg om ouders te ontlasten</li> <li>+ Inhoudelijke ondersteuning ouders (bijv. van orthopedagoog of psycholoog)</li> <li>+ Cliëntondersteuning voor ouders</li> <li>+ Sociale netwerk ondersteuning (bijv. methodiek 'sociale netwerk verstevigen')</li> </ul>   |  <p style="text-align: center;"><b>Directe omgeving onderling</b></p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discontinuïteit van hulpverleners waardoor ouders niet altijd goed worden meegenomen in de problematiek en zorg en ondersteuning rondom hun kind</li> <li>- Ontbreken van de regie op inhoud van de behandeling, waardoor behandelingen niet goed op elkaar zijn afgestemd</li> <li>- Ouders krijgen onvoldoende handvatten en tools om met de situatie om te gaan</li> <li>- Zorgmijdende ouders</li> <li>- Geen/onvolledige inhoudelijke overdracht van jeugdzorgaanbieder naar Wlz-aanbieder</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Op jonge leeftijd Wlz-indicatie aanvragen, als dan al duidelijk is dat blijvend behoefte is aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid</li> <li>+ Stabiele omgeving</li> <li>+ Continuïteit bij personeel zorgorganisatie</li> <li>+ Vroegtijdig therapie of methodieken inzetten voor versterken sociaal emotionele ontwikkeling</li> <li>+ Stimuleren van voldoende lichamelijke beweging (bijv. met speltherapie en psychomotore therapie (PMT))</li> <li>+ (Preventief) intensief inzetten op ouder-kind relatie vanaf babyleeftijd bij problematiek ouders</li> </ul> |  <p style="text-align: center;"><b>Contact met directe omgeving</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet passende zorg en ondersteuning</li> <li>- Instabiele omgeving</li> <li>- Discontinuïteit bij personeel zorgorganisatie (bijv. door personeel niet in loondienst (PNIL))</li> <li>- Weinig aandacht voor oorzaken moeilijk verstaanbare gedrag bij behandeling</li> <li>- Opgroeien bij ouders met problematiek (bijv. LVB, schulden of alcoholmisbruik)</li> <li>- Onvoldoende aandacht voor de omgeving bij behandeling jongere</li> <li>- Geen vertrouwensband met begeleiders</li> </ul>           |

| Positieve factoren | Systeem  | Negatieve factoren  |
|--------------------|--|---|
| +                  |  <p data-bbox="1055 592 1167 624"><b>Jongere</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diverse stoornissen / aangeboren afwijkingen</li> <li>- Disharmonisch profiel</li> <li>- Traumatisch verleden (bijv. door ouders met problematiek, uithuisplaatsing, vele verhuizingen, geweld of misbruik)</li> <li>- Verkeerde diagnose</li> <li>- Moeite met het uiten van emoties</li> <li>- Lage sociaal emotionele ontwikkeling</li> <li>- Stagnatie in ontwikkeling of verergering van complexiteit door moeizame overgang van Jeugdwet naar Wlz</li> </ul> |

### Bijlage 3. Deelnemers reflectiesessies

#### Organisaties / type respondenten

- Beroepsvereniging van Cliëntondersteuners (BCMB)
- Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)
- Centraal Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Cliëntondersteuners
- Ieder(in)
- Koraal
- MEE en Metgezel
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Ondersteuningsteam Zorg voor Jeugd (OZJ)
- Regionaal Expertise Teams (RET)
- 's Heeren Loo
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Zilveren Kruis
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Zorginstituut Nederland

#### Bijlage 4. Mogelijke oplossingen ter voorkoming van zorgverzwaring

De doelstelling van het onderzoek naar de instroom in VG7 is om handvatten te geven om onnodige verzwaring van de zorg- en ondersteuningsvraag van de doelgroep te voorkomen. Het betreft oplossingen waarmee zoveel mogelijk wordt voorkomen dat jeugdigen een Wlz-VG7-indicatie nodig hebben of dat jeugdigen met een VG7-indicatie Meezorg nodig hebben. Tabel B3 bevat de meest belangrijke oplossingen (5 keer of vaker gekozen in de vragenlijst) waarmee een zorgverzwaring kan worden voorkomen, voorbeelden van hoe dit gedaan kan worden of waar inspiratie uit gehaald kan worden, en mogelijke actoren. Tabel B4 bevat de oplossingen die 1, 2 of 3 keer zijn gekozen in de vragenlijst, inclusief voorbeelden, inspiratie en mogelijke actoren. Tabel B5 bevat de vier oplossingen die niet zijn gekozen.

Tabel B3. Meest belangrijke oplossingen ter voorkoming zorgverzwaring VG7

| Oplossing   | Voorbeelden  | Actoren  |
|---|--|--|
| 5. Zorg voor aanbod vanuit de Jeugdzorg dat gericht is op de combinatie van verstandelijke beperking en gedragsproblematiek | <p><b>Wat?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voeg kennis aan de Jeugdzorg toe over de doelgroep en hun behoefte</li> <li>• Zorg voor uitwisseling van kennis tussen zorgorganisaties gespecialiseerd in verstandelijke beperking en zorgorganisaties gespecialiseerd in gedragsproblematiek</li> <li>• Zorg dat de kennisinfrastructuur van de gehandicaptenzorg en jeugdzorg meer op elkaar aansluiten</li> <li>• Zorg voor aanbod in de Jeugdzorg dat gericht is op stabiliteit en continuïteit en dat langdurig kan worden ingezet en gezinsgericht is, waarbij afbouw van de zorg niet het doel is</li> <li>• Zorg voor ondersteuning op het lage sociale emotionele niveau</li> <li>• Laat Wlz-instellingen cliënten accepteren met een Jeugdwet-indicatie als zij daar beter op hun plek zijn</li> </ul> <p><b>Hoe?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creëer een handreiking voor de Jeugdzorg met handvatten voor het omgaan met jeugdigen met de combinatie van een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek, gebaseerd op ervaringen vanuit de Wlz. Betrek ervaringsdeskundigen bij opstellen van de genoemde handreiking en vul aan met een 'handreiking die werkt in de praktijk'</li> </ul> | <p><b>Trekkers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdzorgaanbieders</li> <li>• Gemeenten</li> </ul> <p><b>Deelnemers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VG- en GGZ-aanbieders</li> <li>• Behandelaren</li> <li>• Ervaringsdeskundigen (ouders)</li> <li>• Werkorganisatie KBL (vertegenwoordigen perspectieven binnen de jeugdhulp – Kwaliteit Blijvend Leren)</li> <li>• VWS (bekostiging)</li> <li>• Zorgkantoren (bekostiging)</li> </ul> |

| Oplossing   | Voorbeelden  | Actoren   |
|---|--|---|
| <p>6. Zorg voor tijdige instroom in de Wlz voor jongeren uit deze doelgroep die voldoen aan de criteria van de Wlz en waarbij het aanbod uit de Jeugdzorg niet aansluit</p> | <p><b>Wat?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maak een terugroute vanuit de Wlz mogelijk (geen 'last resort')</li> <li>• Zorg dat jongeren met VG-indicatie en autisme (waarbij autisme als voorliggend wordt gezien) ook in de Wlz terecht komen</li> <li>• Vergroot de bekendheid over Wlz-artikel 3.2.4.b, waarin een mogelijkheid staat dat het CIZ een indicatiebesluit kan herzien, dan wel intrekken en geef handvatten voor praktische uitvoering hiervan.</li> </ul> <p><b>Hoe?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas CIZ-criteria aan van 'geen ontwikkelingsmogelijkheden meer' naar 'geen duurzame zelfstandigheid mogelijk' voor jongeren die wel 24 uur zorg of toezicht nodig blijven hebben, maar waar nog wel ontwikkelpotentieel is</li> <li>• Betrek CCE eerder bij de vraag of Wlz passender is</li> </ul>  | <p><b>Trekkers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CIZ</li> <li>• Zorgaanbieders (juiste signalering)</li> </ul> <p><b>Deelnemers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertegenwoordiger perspectief jongeren</li> <li>• VWS</li> <li>• NZa</li> <li>• Jeugdzorg</li> <li>• Zorgkantoor</li> <li>• Gemeente</li> </ul> |
| <p>15. Stel cliëntondersteuning voor langere tijd beschikbaar, zodat één persoon betrokken is en de ontwikkeling van het kind goed kent</p>                                 | <p><b>Wat?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biedt als gemeente en zorgkantoor actief cliëntondersteuning aan</li> <li>• Breng het bestaan van cliëntondersteuning actief onder de aandacht door o.a. consultatiebureaus, jeugdgezondheidszorg, huisartsen en scholen</li> <li>• Maak mogelijk dat cliëntondersteuners over domeinen heen kunnen kijken en hier ook kennis van hebben</li> <li>• Zet bij aanvraagproces van de Wlz-indicatie een cliëntondersteuner vanuit Wlz in met specifieke kennis over wet- en regelgeving (komen nu vaak uit welzijn)</li> <li>• Zorg dat cliëntondersteuner kan op- en afschalen</li> </ul> <p><b>Hoe?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg als gemeente voor meer beschikbaarheid van cliëntondersteuning</li> <li>• Zorg bij een VG7-indicatie altijd dat partijen zoals het CCE en (gespecialiseerde) cliëntondersteuners betrokken worden</li> </ul> | <p><b>Trekkers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeente</li> <li>• Zorgkantoor</li> </ul> <p><b>Deelnemers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VWS (voor domeinoverstijgende cliëntondersteuning)</li> <li>• Zorgverzekeraar</li> <li>• Cliëntondersteuners</li> </ul>  |

| Oplossing   | Voorbeelden  | Actoren  |
|---|--|--|
|   | <p><b>Inspiratie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruik de bevindingen uit <u>Zorgcontinuïteit voor jongvolwassenen met een LVB</u></li> <li>• <u>Metgezel</u></li> <li>• <u>COmpas: wegwijzer in het versterken van cliëntondersteuning</u></li> <li>• <u>Onafhankelijke cliëntondersteuning en de overgang van Wmo naar Wlz   Movisie</u></li> </ul>  |  |
| <p>13. Maak integrale vroeghulp (bij gezinnen waar sprake is van risico op hechtingsproblematiek en trauma's door bijvoorbeeld vroeggeboorte/ moeilijke start of problemen bij ouders) meer bekend en zorg dat dit meer wordt ingezet</p> | <p><b>Wat?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Breng integrale vroeghulp actief onder de aandacht bij o.a. consultatiebureaus, huisartsen en scholen</li> <li>• Breng zo jong als mogelijk in kaart wat een jong kind nu en in de toekomst nodig zal hebben</li> <li>• Zet medisch expertteam om kind en ouders heen die begeleid in wat nodig is t.a.v. medische zorg, maar ook kan doorverwijzen naar externe instanties</li> <li>• Maak gemeenten op gelijke manier verantwoordelijk voor vroegsignalering en inzet van vroeghulp</li> <li>• Zorg dat naast integrale vroeghulp ook aandacht is voor gezinnen die buiten de radar blijven</li> </ul> <p><b>Hoe?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) voert, op basis van een subsidie van het ministerie van VWS, onderzoek uit om te kijken hoe integrale vroeghulp door gemeenten wordt ingezet en wat beweegredenen hiervoor zijn. Daarnaast wordt er een beschrijving gemaakt voor integrale vroeghulp en een beschrijving voor gemeenten.</li> </ul> | <p><b>Trekkers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten</li> <li>• VWS</li> </ul> <p><b>Deelnemers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het gezin(ssyteem)</li> <li>• Kinderartsen, huisartsen</li> <li>• Consultatiebureaus</li> <li>• Kinderopvang</li> <li>• School/onderwijs</li> <li>• GGD</li> <li>• NCJ</li> <li>• Jeugdzorg</li> </ul> |
| <p>7. Zorg dat jongeren die ergens intramuraal gaan wonen, niet meer hoeven te verhuizen</p>  | <p><b>Wat?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg dat zorgkantoorregio's zich verantwoordelijk voelen om jongeren met VG7 in de regio te plaatsen (zoals de RET's en BEN's in de Jeugdzorg), en kom los van wetten en producten van zorgaanbieders</li> </ul>   | <p><b>Trekkers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgkantoor</li> <li>• Zorgaanbieders</li> </ul>   |

| Oplossing  | Voorbeelden  | Actoren   |
|--|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg dat iedere intramurale plek bekostigd kan worden vanuit elke bekostigingsvorm</li> <li>• Creëer een stabiele context (woonomgeving, team)</li> <li>• Zorg voor bewustwording over de impact van verhuizingen</li> <li>• Creëer een passende woonvorm die levensbreed ingezet kan worden</li> </ul> <p><b>Hoe?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ...</li> </ul> <p><b>Inspiratie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">PRO in de praktijk (LVB)</a></li> <li>• <a href="#">Een thuis voor Noordje</a></li> </ul>  | <p><b>Deelnemers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VWS</li> <li>• Gemeente</li> </ul>  |
| <p>17. Creëer meer mogelijkheden voor en faciliteer ouders bij respijtzorg</p> | <p><b>Wat?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergroot het aanbod en de variatie in het aanbod logeerszorg</li> <li>• Zorg voor passende tarieven en verzin oplossing voor de financiële problemen rondom no-show</li> <li>• Krijg inzicht in de behoeften van ouders m.b.t. respijtzorg</li> </ul> <p><b>Hoe?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regel vervoer voor de jongere als respijtzorg ver weg is</li> <li>• Zet steungezinnen in</li> <li>• Ontwikkel een pilot/aanpak met logeren pgb'er bij deze doelgroep</li> </ul> <p><b>Inspiratie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorbeelden Steungezinnen: <a href="#">gemeente Hof van Twente</a>, <a href="#">Steundoorjou.nl</a><br/><a href="#">Mockingbird</a></li> </ul> | <p><b>Trekkers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeente</li> <li>• Zorgaanbieders</li> </ul> <p><b>Deelnemers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouders</li> <li>• Informele netwerk</li> <li>• VWS</li> </ul> |

Tabel B4. Minder belangrijke oplossingen ter voorkoming zorgverzwaring VG7

| Oplossing   | Voorbeelden  | Actoren  |
|---|--|--|
| <p>9. Zorg voor korte lijntjes en goede samenwerking tussen school, ouders en zorgorganisatie</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg voor regelmatige afstemming tussen ouders, zorg en school, samen vormen ze een team rondom het kind</li> <li>• Betrek een cliëntondersteuner/maatschappelijk werker vroegtijdig op school</li> <li>• Sta als professional meer open voor ervaringen en signalen van ouders, vooral bij overdrachtmomenten</li> <li>• Zorg voor regie door middel van een casusregisseur en een procesregisseur die langjarig betrokken blijft (bijvoorbeeld huisarts / arts VG / behandelaar / gedragsdeskundige).</li> <li>• Geef scholen meer mogelijkheden om in te grijpen/samenwerkingen aan te gaan als het mis gaat met een kind, maar ouders geen toestemming geven voor hulpverlening</li> <li>• Maak goede afspraken tussen scholen en lokale teams</li> </ul> <p><b>Inspiratie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Haarlemmersmeer model</a></li> <li>• Vanuit het actieprogramma <a href="#">Kansrijke start</a> worden lokale coalities gevormd en gefaciliteerd om de samenwerking tussen professionals in het medisch en sociaal domein onderling en met het informeel netwerk te verbeteren.</li> </ul> | <p>VNG/gemeente<br/>(Samenwerkingsverbanden van) scholen<br/>Lokale teams<br/>Ouders<br/>Zorgaanbieder</p> |
| <p>14. Zorg dat professionals van 'onbewust onbekwaam' 'bewust onbekwaam' worden, zodat signalering eerder plaatsvindt en juiste expertise (vanuit bijvoorbeeld VG of GGZ) kan worden bijgeschakeld</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geef vorm aan casuïstiekbespreking tussen jeugdhulp, GGZ- en VG-sector</li> <li>• Maak mogelijk dat professionals die twijfels hebben over casus expertise vanuit de Wlz kunnen inschakelen voor consultatie</li> <li>• Zorg dat mensen die binnen de gemeente beschikkingen afgeven, kennis ontwikkelen over de ingewikkeldheid van de zorgvraag</li> <li>• Zorg dat langere indicaties dan een jaar worden afgegeven binnen de Jeugdzorg</li> <li>• Zorg dat zorgaanbieders meer maatwerk bieden aan de cliënt, in plaats van generalistische zorg op afstand</li> <li>• Schakel als Jeugdteam een expert in autisme in</li> <li>• Zet Crisis en Ondersteuningsteams (C.O.T.'s) in</li> </ul>   | <p>Zorgaanbieders<br/>Professionals<br/>Gemeente<br/>Zorgkantoor<br/>VWS</p>                               |

| Oplossing  | Voorbeelden  | Actoren   |
|--|--|---|
|  | <p><b>Inspiratie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking</a></li> <li>• <a href="#">artikel uit Vakblad VROEG 'Organiseer hulp multidisciplinair'</a></li> <li>• Het <a href="#">Signaleringsplan</a></li> <li>• De website van <a href="#">Voor Jeugd en Gezin</a></li> <li>• Het programma <a href="#">StroomOP</a></li> </ul>   |   |
| <p>8. Maak het binnen de Wlz mogelijk om een systeembenadering toe te passen (dus niet alleen gericht op de persoon die een Wlz-indicatie heeft) waardoor in bepaalde situaties verzwaring van de zorgvraag (en mogelijk Meerzorg) wordt voorkomen</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg voor zo min mogelijk zorgketten</li> <li>• Bied professionele ondersteuning, therapie, begeleiding en/of behandeling aan bij ouders van de doelgroep (bijvoorbeeld rouw- en verliesbegeleiding voor levend verlies)</li> </ul>   | <p>VWS<br/>Zorgkantoor<br/>Gemeente</p>                                       |
| <p>3. Organiseer flexibele inzet van indicatie en tarieven in de Wlz</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stem met ouders en zorgverleners af wat nodig is</li> <li>• Als de context goed is, kan er mogelijk tijdelijk minder zorg worden geboden dan in de indicatie zit. Maak mogelijk om tijdelijk een lagere prestatie te declareren, terwijl de indicatie voor VG6 of VG7 behouden blijft, zodat de zorgaanbieder kan op- en afschalen in zorg en ondersteuning (en in bijbehorende bekostiging)</li> <li>• Creëer de mogelijkheid om bij VG6 tijdelijk meerzorg in te zetten, om opschaling naar VG7 te voorkomen</li> </ul> | <p>VWS<br/>Zorgkantoor</p>  |
| <p>10. Stel een bekostigingsvorm in voor overdracht tussen jeugdzorg en Wlz, zodat het zorgkantoor (financieel en inhoudelijk) betrokken kan zijn ten tijde van jeugdzorg, en andersom</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zet tijdig triage in, zodat jeugdigen die binnen de Wlz thuishoren hier ook terecht komen en tijdig de juiste vorm van hulp krijgen, zoals ondersteuning bij overbrugging</li> <li>• Het is de vraag of een bekostigingsvorm nodig is; wel blijkt dat er nu geen goede overdracht is</li> <li>• Vraag budget aan via de specifieke uitkering <a href="#">Domeinoverstijgend Samenwerken</a> (DOS)</li> </ul>  | <p>VWS<br/>Gemeente<br/>Zorgaanbieders (jeugdzorg en Wlz)<br/>Zorgkantoor</p> |

| Oplossing   | Voorbeelden  | Actoren  |
|---|--|--|
| 1. Voer aanpassingen op scholen door, aangepast aan de behoeften van de doelgroep, om uitval te voorkomen | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kijk naar de expertise van gedragskundige inzet</li> <li>• Maak het eenvoudiger om zorg in onderwijstijd te organiseren (uitvoering van aanpak ZiO)</li> <li>• Creëer een prikkelarme ruimte op school</li> <li>• Zet begeleiding vanuit zorgorganisatie in op school</li> </ul>  | (Samenwerkingsverband van) scholen<br>Gemeente<br>Zorgaanbieders |
| 4. Met expertise van ouders en professionals context creëren waarin de jongere tot zijn recht komt        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betrek ouders meer</li> <li>• Zorg dat de <u>Driehoekskunde</u> meer wordt toegepast</li> <li>• Zorg dat je als zorgprofessional een flexibele houding hebt dat aansluit bij de behoeften van de doelgroep</li> </ul>   | Professionals  |
| 18. Zorg als organisatie beter voor het aanwezige personeel   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorm als zorgaanbieders een gezamenlijk consortia met personeel</li> <li>• Zorg voor een passende financiële vergoeding</li> <li>• Erken dat het werk zwaar is en spreek hier waardering voor uit</li> <li>• Geef regie geven op roostering en planning en geef gedurende de dag tijd voor herstel en coaching en biedt intervisie aan</li> <li>• Maak een gezamenlijke pool van personeel met meerdere zorgaanbieders</li> </ul> | Zorgaanbieder  |
| Overig. Zorg voor een goed zorgaanbod in de Wlz   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sluit aan bij de zorgvraag, i.p.v. de cliënt in het keurslijf van een aanbieder te drukken, begeleid vanuit verbinding</li> <li>• Creëer logeer- of dagbestedingsplekken die aansluiten bij de zorgvraag</li> </ul>   | Zorgaanbieder<br>Zorgkantoor                                     |

Tabel B5. Minst belangrijke oplossingen voorkomen zorgverzwaring VG7

| Nr. | Oplossing  |
|-----|--|
| 2.  | Stimuleer inclusie, erkenning en ondersteuning vanuit de omgeving/maatschappij   |
| 11. | Zoek meer samenhang tussen departementen (zoals de VWS-directies langdurige zorg, jeugdzorg en onderwijs)  |
| 12. | Ontwikkel een integraal dossier waar alle betrokken partijen en ouders toegang tot hebben  |
| 16. | Stimuleer lotgenotencontact: netwerken van ouders en broers/zussen van de doelgroep om gezamenlijk informatie uit te wisselen en activiteiten te organiseren |